

Muzeum historyczne TRAIT
Medecyny i farmacyi pol. U. J. DU

CONGRÈS FRANÇAIS DE CHIRURGIE (4^e session, 1889)

454

UNE NOUVELLE MÉTHODE

3

POUR LA CURE

DES FISTULES RECTO-URÉTHRALES

Par le Dr ZIEMBICKI

26.7

CHIRURGIEN EN CHEF DE L'HÔPITAL GÉNÉRAL DE LEMBERG (AUTRICHE)



PARIS

ANCIENNE LIBRAIRIE GERMER BAILLIÈRE ET C^{ie}

FÉLIX ALCAN, ÉDITEUR

108, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 108

—
1890

WIB Z632m 1890/s

Z-138669

Akc. z l. 2023 nr 514

UNE NOUVELLE MÉTHODE

POUR LA

CURE DES FISTULES RECTO-URÉTHRALES

De toutes les fistules de l'urèthre, les plus rares, d'après l'avis unanime des auteurs, sont les fistules recto-uréthrales.

Chirurgicalement, on peut les diviser en trois classes :

1° La première comprend les *fistules inopérables*, consécutives aux néoplasmes de la région : cancers de la prostate, du rectum, cavernes étendues de la prostate d'origine tuberculeuse, etc. D'une façon générale, ces lésions sont au-dessus des ressources de l'art; le rôle du chirurgien est nul, ou à peu près, et je ne cite cette variété de fistules que pour mémoire.

2° La deuxième classe renferme les fistules dont le trait caractéristique est de *suppurer* encore au moment où l'on est appelé à les traiter.

Elles ont pour origine les processus inflammatoires ou traumatiques divers qui peuvent s'être produits dans la région. Ce sont d'une part les abcès de la prostate, les phlegmons urinaires, les infiltrations d'urine; les abcès stercoraux ou hémorroïdaires, etc.; d'autre part, ce sont les traumatismes variés à l'infini, les plaies par armes à feu, les blessures opératoires accidentelles de la taille latéralisée ou prérectale; enfin les corps étrangers de toute sorte agissant du rectum vers l'urèthre, ou en sens inverse.

Tant que ces fistules suppurent, le rôle du chirurgien est très limité; car bien souvent, à mesure que la suppuration tarit, la cicatrisation avance, la rétraction cicatricielle des tissus donne son plein effet, et la fistule aboutit à la guérison.

Mais il est nécessaire toutefois d'aider la nature dans son travail réparateur et, dans ce but, on exécutera la dilatation, ou mieux encore la section du sphincter anal, recommandé autrefois par Chopart et Dupuytren et, de nos jours, par Liston et König. On préviendra ainsi le passage des gaz et des matières du rectum dans l'urèthre, passage nuisible au premier chef à l'oblitération du trajet fistuleux.

De même, on mettra la fistule autant que possible à l'abri de l'urine, en prescrivant le cathétérisme méthodique et répété, ou bien en faisant uriner le malade dans la position couchée sur le ventre, comme l'a indiqué et appliqué avec succès Thompson.

Il se peut, cependant, que tous ces moyens échouent, la suppuration cesse, mais la communication entre l'intestin et l'urètre persiste.

3° Ces cas constituent la troisième classe des fistules recto-uréthrales, qui se caractérisent par l'absence de toute suppuration, et par le fait d'une perte de substance bien définie avec orifice ou trajet cicatriciel.

Au point de vue chirurgical, les fistules de cette variété méritent donc le plus grand intérêt, car elles constituent un mal incurable si on ne les opère pas, et nous allons voir bientôt que, fort souvent, elles restent incurables malgré l'opération.

A cet égard, on peut dire sans crainte de démenti qu'elles jouissent d'une fort mauvaise réputation en médecine opératoire, et je veux citer à l'appui l'opinion de quelques auteurs classiques.

Ainsi Thompson ¹, avec sa très grande expérience, s'exprime de la façon suivante :

« Les fistules rectales s'observent très rarement, mais c'est toujours une grosse affaire lorsqu'il s'agit d'en traiter une ². Il n'y a pas de trop de toute la patience du malade et de toute l'adresse du chirurgien. Quand le cautère échoue, il faut faire une opération analogue à celle qui est employée pour les fistules vésico-vaginales. Je n'ai point guéri, mais j'ai amélioré un malade par ce procédé. »

Duplay ³ n'est pas plus encourageant lorsqu'il dit :

« En somme, si l'on possède quelques exemples de guérisons spontanées de fistules uréthro-rectales, on doit avouer que, le plus souvent, elles persistent indéfiniment et nous verrons bientôt que les chances de guérison par l'intervention chirurgicale sont extrêmement faibles. »

Von Mosetig Moorhof ⁴ : « L'opération de la fistule recto-urétrale présente des difficultés autrement grandes que celle de la fistule vésico-vaginale. Aussi le succès est beaucoup plus rare. »

Voyons maintenant, messieurs, quels sont les moyens dont nous disposons en face d'une infirmité pareille et quelles méthodes opératoires nous employons pour la combattre.

1. Traduc. franç., p. 541 ; édit. franç., 1881.

2. Edition allemande, 1889.

3. *Traité de pathologie externe*, t. VII, p. 180.

4. *Handbuch der chirurgischen Technik*, p. 712.

a. Outre la section du sphincter déjà signalée et le cathétérisme qui ne sont que des artifices adjuvants, presque tous les chirurgiens ont recours d'abord à la *cautérisation* dans ses divers modes.

Thompson a eu quelques réussites avec le courant galvanique. Le Dentu en est aussi un défenseur chaleureux. Mais encore faut-il que la fistule soit petite et que le bourrelet de la muqueuse rectale, qui tapisse le pourtour du trajet fistuleux, soit épais et touffu.

On fera bien de commencer par essayer ce procédé facile dans son exécution, mais pour peu que la fistule soit un peu grande, l'insuccès sera probable et en fin de compte on aura agrandi le diamètre de la fistule.

b. Un autre procédé, déjà ancien, est celui d'Astley Cooper. Il consiste à séparer la face antérieure du rectum d'avec le canal de l'urèthre et a pour but de faire cesser l'adhésion des deux muqueuses au niveau de la fistule, de façon à forcer chaque orifice fistuleux à se cicatriser séparément. Ce procédé n'a réussi qu'une seule fois entre les mains de son auteur, mais il a été repris et théoriquement recommandé par Tillaux, qui l'a légèrement modifié sans avoir eu l'occasion de l'appliquer.

c. Restent les *méthodes autoplastiques* et en première ligne la méthode américaine annexée par les Allemands sous le nom de procédé de Gustave Simon. Elle est identique à l'opération pratiquée journellement pour la fistule vésico-vaginale et compte dans la science quelques succès (König, Duplay, etc.). Mais ces cas heureux brillent comme des météores exceptionnels au milieu des désastres subis par la généralité des opérateurs, et nous avons vu un chirurgien de la valeur de Thompson avouer son échec sur ce point.

Verneuil, un maître cependant en matière d'autoplastie, n'a pas été plus favorisé en traitant une affection congénère, plus abordable, toutefois, que celle qui nous occupe, puisque sur 13 opérations¹ de fistules recto-vulvaires, il accuse 9 insuccès, 2 demi-succès et deux succès complets seulement.

Les causes qui font échouer ici les procédés autoplastiques sont multiples. C'est d'abord l'exiguïté du champ opératoire. Le rectum présente, en effet, un terrain rétréci et on y manœuvre bien plus péniblement que lorsqu'il s'agit d'opérer une fistule vésico-vaginale. La fistule recto-urétrale, elle-même, forme le plus souvent un infundibulum à sommet dirigé vers la prostate, et l'avivement régulier, conique, offre de sérieuses difficultés. En second

1. *Bullet. de la Société de chirurgie*, 1881.

lieu, l'infection par les gaz et les matières exerce une influence délétère sur la plaie fraîchement réunie et compromet la première intention encore plus sûrement que le passage de l'urine. On sait, en effet, depuis les travaux de Gustave Simon, de Menzel et de Vincent, que le contact de l'urine normale n'est pas nuisible aux plaies, tandis que son infiltration entre les points de suture, sa stagnation, produisent bientôt un effet septique.

Toujours est-il que l'autoplastie d'une fistule recto-urétrale, difficile à faire par les procédés connus, est exposée dans la suite à un double danger d'infection, par la voie intestinale et par la voie urétrale.

Messieurs, veuillez excuser ce long prologue. Il était nécessaire cependant, d'une part pour bien mettre en relief l'état actuel de la question, d'autre part pour justifier, pour légitimer, je l'espère, l'acte opératoire considérable que j'aurai bientôt l'honneur de soumettre à vos suffrages.

J'ai dit, en commençant cette communication, que, de l'avis de tout le monde, les fistules recto-urétrales étaient rares. Pour ma part, dans un service de chirurgie très actif, sur un nombre d'environ 18 000 malades, qui me sont passés entre les mains en moins de sept ans, je n'ai observé que trois cas. — Le premier était un embrochement par coup de corne de taureau, que je ne parvins pas à guérir. Le second était consécutif à un angiome caverneux, absolument inopérable, chez un nouveau-né. Seul, le troisième cas nous intéresse. Il s'agit d'un soldat du 11^e lanciers, T... S..., qui, dans une lutte, fut jeté violemment sur une tringle de fer : une fistule recto-urétrale en fut la conséquence. Deux tentatives d'autoplastie faites à Cracovie en 1886 n'eurent pas le moindre succès. Ce malade entre alors dans mon service à Lemberg et, pendant les deux ans qu'il y séjourne, j'essaye en vain toute la série des procédés classiques énumérés plus haut : section du sphincter, cautérisations, procédé d'Astley Cooper, autoplastie selon la méthode américaine : au total, cinq opérations et cinq échecs complets. Je m'apprêtais à abandonner ce malade à son triste sort, lorsqu'il me déclara qu'il se suiciderait plutôt que de continuer à vivre dans de semblables conditions. L'urine, en effet, s'écoulait en majeure partie par le rectum à chaque miction et pendant le sommeil son écoulement était continu. Une colite avec ténésme douloureux, un eczéma généralisé du périnée, l'odeur ammoniacale pénétrante, rendaient au malade toute existence sociale impossible.

Je me décidai alors à faire une nouvelle tentative et, après avoir au préalable guéri l'eczéma par le cathétérisme et les bains, après avoir pratiqué l'antisepsie rigoureuse de l'intestin, de la

vessie et de la peau, j'exécutai, le 16 février 1889, l'opération suivante.

Premier temps. Incision du coccyx à l'an us et de l'an us au raphé périnéal ; puis une incision circulaire permettant aux doigts et aux instruments de travailler à la mobilisation de toute la portion extra-péritonéale du rectum, comme s'il s'agissait de l'extirper pour une tumeur cancéreuse, par exemple. La dissection, facile en arrière et sur les côtés, présenta sur la ligne médiane antérieure de sérieuses difficultés, surtout au niveau du sommet de la prostate, où siégeait la fistule, d'un diamètre égal à celui d'un noyau de cerise.

Je parvins cependant à isoler les organes sans augmenter l'étendue de l'orifice pathologique et évitai soigneusement une déchirure de l'urèthre. Le décollement, jusqu'au niveau du cul-de-sac péritonéal, fut achevé aisément et du coup, au milieu d'un champ opératoire énorme, abordable de tous les côtés ; je pouvais faire manœuvrer dans tous les sens toute la portion extra-péritonéale du rectum maintenant mobile, comme un battant de cloche. Il est évident que, dans ces conditions, l'avivement et la suture au catgut de chaque orifice fistuleux séparément ne furent qu'un jeu, et ce *deuxième temps* de l'opération, si pénible, si délicat dans les autres procédés autoplastiques, prit à peine quelques minutes.

Troisième temps. Cela fait, j'imprimai au rectum mobilisé un mouvement de rotation sur son axe longitudinal, de telle sorte que ce n'est plus la ligne de suture de l'orifice rectal qui vint se mettre en contact avec la ligne de suture de l'urèthre, mais bien la paroi saine de l'intestin, tout à fait apte à jouer le rôle principal dans l'oblitération cherchée.

Pour finir, je fixai par des sutures le rectum dans sa nouvelle position ; je tamponnai pour faciliter l'accolement des parois ; en outre un drain, allant jusqu'au niveau de l'orifice uréthral suturé, et le cathéter à demeure étaient chargés d'écarter toute possibilité d'infiltration urinaire.

Qu'allait-il advenir maintenant de l'opéré et de l'opération ? Quelles qu'aient été l'étendue et la gravité de l'intervention chirurgicale, je ne doutai pas qu'en face d'une affection incurable jusqu'alors, elle ne fût complètement justifiée, d'autant plus qu'avec l'antisepsie je croyais fermement devoir éviter une issue funeste. Dans mon raisonnement, la guérison de la fistule pouvait et devait avoir lieu, ou bien par première intention grâce à l'avivement parfait, ou bien après une suppuration plus ou moins abondante, grâce au mouvement de rotation du rectum et du parallélisme à jamais détruit des deux orifices fistuleux.

C'est cette seconde alternative qui se réalisa. La suture de l'urèthre se désunit vers le septième jour, les fils ayant forcément porté sur du tissu glandulaire de la prostate peu approprié à la réunion première. Mais déjà le rectum était fixé suffisamment dans ses nouvelles attaches et, les granulations aidant, la fistule se rétrécit de jour en jour pour se fermer complètement au bout de six semaines.

Le malade guéri et joyeux fut présenté à la Société de médecine de Lemberg le 30 mars 1889.

Une objection grave en apparence se présente à l'esprit. Le mouvement de torsion imprimé au rectum ne peut-il pas occasionner des phénomènes d'occlusion intestinale? Mes recherches prouvent l'inanité de pareils scrupules. En effet, grâce au tissu cellulaire lâche dont est doublée la muqueuse de l'intestin, les tuniques externes glissent sur elle facilement, et l'arc de cercle qu'on peut leur faire décrire est assez considérable sans que pour cela la lumière du canal circonscrit par la muqueuse éprouve le moindre changement de direction ou de diamètre.

Je ne sais pas quel avenir est réservé dans la pratique chirurgicale à la méthode que je viens de vous exposer. Elle ne s'appuie que sur un seul cas jusqu'à présent, et pourrait aussi trouver son application dans l'opération des fistules recto-vaginales rebelles. Je ne crois pas, cependant, qu'on puisse la passer sous silence, car elle repose sur deux principes fondamentaux d'une bonne autoplastie, à savoir : 1° un avivement et une suture aussi parfaits que possible; 2° la destruction de tout parallélisme entre les orifices fistuleux.

C'est donc pour le chirurgien une arme à double tranchant contre une infirmité dans le traitement de laquelle les revers sont la règle et les succès l'exception.

A ce titre, messieurs, je crus devoir faire cette communication au Congrès français de chirurgie, n'oubliant certes pas que, comme chirurgien, j'ai le grand honneur d'appartenir à l'école française.

CONGRÈS FRANÇAIS DE CHIRURGIE

PROCÈS-VERBAUX, MÉMOIRES ET DISCUSSIONS

Publiés sous la direction de M. le Dr **S. POZZI**

Secrétaire général, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris.

Quatrième session, 1889. 1 fort vol. in-8 avec 55 figures dans le texte..... 16 fr.

Les quatre premières sessions (1885, 1886, 1888, 1889), formant chacune un fort volume in-8, avec figures dans le texte, se vendent séparément..... 14 fr.

REVUE DE CHIRURGIE

PARAISSANT TOUS LES MOIS. — 10^e ANNÉE, 1890

DIRECTEURS : MM.

OLLIER

Professeur de clinique chirurgicale
à la Faculté de médecine
de Lyon.
Membre correspondant de l'Académie
des sciences.

VERNEUIL

Professeur de clinique chirurgicale
à la Faculté de médecine
de Paris.
Membre de l'Académie des sciences.

RÉDACTEURS EN CHEF : MM.

NICAISE

ET

F. TERRIER

Professeur agrégé
à la Faculté de médecine de Paris.
Chirurgien de l'hôpital Laennec.

Professeur agrégé
à la Faculté de médecine de Paris.
Chirurgien de l'hôpital Bichat.

REVUE DE MÉDECINE

PARAISSANT TOUS LES MOIS. — 10^e ANNÉE, 1890

DIRECTEURS : MM.

Ch. BOUCHARD

Professeur à la Faculté de médecine de Paris,
Médecin de l'hôpital Lariboisière,
Membre de l'Académie des sciences.

J.-M. CHARCOT

Professeur à la Faculté de médecine de Paris.
Médecin de la Salpêtrière,
Membre de l'Académie des sciences.

A. CHAUVEAU

Inspecteur général des Écoles vétérinaires,
Professeur-administrateur au Muséum d'histoire naturelle,
Membre de l'Académie des sciences.

RÉDACTEURS EN CHEF : MM.

L. LANDOUZY

ET

R. LÉPINE

Professeur agrégé
à la Faculté de médecine de Paris.
Médecin de l'hôpital Tenon.

Professeur de clinique médicale
à la Faculté de médecine de Lyon,
Membre corresp. de l'Acad. des sciences.

PRIX D'ABONNEMENT :

Pour chaque Revue séparée.

Un an, Paris. 20 fr.
— Départements et étranger . 23 fr.

Pour les deux Revues réunies.

Un an, Paris. 35 fr.
— Départements et étranger . 40 fr.

La livraison : 2 francs.

JOURNAL DE L'ANATOMIE ET DE LA PHYSIOLOGIE

NORMALES ET PATHOLOGIQUES DE L'HOMME ET DES ANIMAUX

PARAISSANT TOUS LES DEUX MOIS

Fondé par Ch. ROBIN

DIRIGÉ PAR

Georges POUCHET et Mathias DUVAL
VINGT-SIXIÈME ANNÉE (1890)

Un an, pour Paris : 30 fr. : Départements et étranger : 33 fr.

La livraison : 6 fr.

