

*A mon excellent ami  
le Dr. Poiré  
Duménil*

---

---

*Rev Br 90*

## APPLICATION DE LA COLOTOMIE AU TRAITEMENT DES FISTULES VÉSICO-INTESTINALES

Par le Docteur DUMÉNIL

Professeur de clinique chirurgicale à l'École de médecine de Rouen.

*Communication faite au Congrès de l'Association française pour l'avancement  
des sciences, session de Rouen 1883.*

---

Quoique la valeur de la colotomie soit reconnue par tous les chirurgiens d'une manière incontestable, son usage est cependant encore assez peu répandu, ses applications sont encore assez restreintes en France. Si nous pouvons nous attribuer la plus grande part dans ses origines et le perfectionnement des méthodes, nous devons convenir que c'est à l'étranger, en Angleterre surtout, qu'elle a conquis ses meilleurs titres. Tandis que chez nous elle n'a guère été appliquée qu'aux cas d'imperforation de l'anus et d'obstruction du rectum, et que dans ces derniers même elle a trouvé pour rivaux l'extirpation des cancers et la rectotomie linéaire, les chirurgiens anglais l'ont étendue non seulement à presque toutes les maladies graves du rectum, mais encore au traitement des fistules recto-vaginales et vésico-intestinales. C'est à cette dernière application de la colotomie que ce travail se limitera. Je laisserai même de côté les fistules d'origine organique aussi bien que celles qui résultent de malformations congénitales pour ne viser que celles qui sont consécutives à des lésions communes.

Le nombre des faits est encore peu considérable et ils ne paraissent pas avoir éveillé vivement l'attention en France. Un cas de ma pratique viendra s'ajouter à ceux que j'ai pu trouver dans les recueils étrangers et me fournira l'occasion de rechercher les avantages qu'on peut attendre de cette extension, dans la pathologie chirurgicale d'une opération excellente en elle-même.

Je ne connaissais pas au moment où je pratiquai mon opération les faits épars dans la littérature médicale, l'idée toute personnelle m'en était venue en cherchant les moyens de soulager ma malade.

J'ai été heureux, depuis, de voir que ma pratique était justifiée par les excellents résultats obtenus antérieurement.

Voici l'observation :

Obs. — F. Marie, veuve, âgée de vingt-cinq ans, ménagère, entra à l'Hôtel-Dieu, salle St-Augustin, le 2 février 1883. La constitution générale paraît satisfaisante; pas d'indices de lymphatisme; pas de syphilis. Les règles ont paru à quinze ans. Comme maladies antérieures à l'origine des accidents actuels elle ne nous indique qu'une angine à l'âge de quatre ans et une fièvre typhoïde assez grave. Il y a sept ans, elle est accouchée d'un premier enfant, l'accouchement a duré trois jours et s'est terminé sans intervention du forceps. A la suite, elle fut forcée de garder le lit pendant quatre mois; elle commença dès lors à souffrir dans l'aîne gauche, et éprouva de fréquentes envies d'uriner sans besoin réel; elle ne paraît pas avoir eu à cette époque d'abcès. Le médecin qui la soignait attribua ses douleurs à un déplacement de l'utérus. Une seconde grossesse débuta quatre mois après le premier accouchement. Le travail fut lent, mais il n'y eut pas d'accidents, du seigle ergoté fut administré pour aider à la délivrance. Cet accouchement fut suivi de coliques et de vomissements que le médecin attribua comme la première fois au déplacement de l'utérus; il fit en conséquence porter une ceinture hypogastrique avec plaque mobile. En 1880, elle fit une fausse couche à cinq mois de grossesse, à la suite d'une frayeur, et garda le lit quinze jours; les douleurs abdominales, qui n'avaient pas cessé depuis son premier accouchement, devinrent plus violentes et persistèrent.

Au mois d'août 1882, la malade éprouva des envies fréquentes d'uriner accompagnées de sensation de brûlure du côté de la vessie. A la même date survint une forte diarrhée qui dura quinze jours et fut difficile à arrêter; les selles étaient très liquides et les besoins étaient incessants. Les urines se chargèrent dès lors de matières fécales; la malade ne remarqua jamais rien d'anormal du côté du vagin. Les règles n'ont pas reparu depuis cette époque.

Depuis longtemps, un peu après sa première grossesse, elle avait remarqué que ses matières fécales présentaient un très petit volume, celui du petit doigt; elle ne pouvait ni garder, ni même prendre de lavements, le liquide revenait immédiatement par l'anus.

L'examen du ventre ne fait constater aucun changement appréciable à la vue, pas de tuméfaction localisée, pas de tympanisme. Pas de sensibilité à la pression ailleurs que vers la fosse iliaque gauche, et encore y est-elle très faible.

En déprimant profondément la paroi abdominale, on sent un peu de résistance sur le côté gauche de l'utérus, mais pas de tuméfaction nettement limitée. Le corps de l'utérus paraît un peu plus développé de ce côté. Le toucher vaginal fait constater dans le cul-de-sac vaginal gauche un peu d'induration sans effacement ni abaissement de ce cul-de-sac. L'utérus est mobile, mais les mouvements sont néanmoins un peu plus

limités qu'à l'état normal, non douloureux. Le col n'est pas dévié. Quelques végétations autour du méat urinaire. Le cathétérisme vésical est facile et ne révèle rien de particulier.

Le toucher rectal ne fait non plus constater aucune anomalie dans la partie accessible au doigt. La quantité de matières fécales rendue par l'anus est très faible et, quand ces matières sont molles, ce qui arrive fréquemment, elles s'échappent en totalité par la vessie. Les gaz s'échappent aussi par l'urètre en grande abondance et avec bruit.

L'urine est presque constamment chargée de pus et de matières fécales ; celles-ci y sont souvent à l'état solide, par masses allant jusqu'au volume d'un haricot, et forment par le repos une couche distincte au fond du vase. La miction est fréquente et douloureuse. Jamais nous n'avons pu constater l'issue de l'urine par l'anus.

Du 2 au 13 février, la malade présenta à diverses reprises des accès de fièvre avec frissons et élévation de la température qui ne dépassa cependant pas 39° ; ces accès ne duraient pas plus de vingt-quatre heures. L'appétit est faible, il y a de l'amaigrissement.

La malade accepte la colotomie qui est pratiquée le 13 février avec anesthésie chloroformique, par la méthode d'Amussat. L'incision fut faite à deux travers de doigt au-dessus de la crête iliaque ; l'impossibilité de placer la malade sur le ventre à cause de la chloroformisation rendit l'opération assez laborieuse, l'intestin fuyait dans la cavité abdominale, et je dus faire exercer une compression sur l'abdomen pour l'amener dans la plaie. Le péritoine fut ouvert ; des sutures très rapprochées avec de la soie fixèrent l'intestin au pourtour de la plaie. Pansement antiseptique. Les suites de l'opération furent très simples sauf un peu d'inflammation du tissu cellulaire suivie de suppuration en dehors de l'incision. L'introduction d'un drain et un pansement approprié remédièrent à cette complication ; la température ne s'éleva qu'un jour à 38°, le cours des matières s'établit naturellement par l'anus artificiel le deuxième jour, et les sutures furent enlevées le neuvième avec une réunion complète.

Les matières avaient l'aspect normal ; elles sortaient d'une manière intermittente et la malade était prévenue de leur passage ; elles ne déterminaient d'irritation des téguments que lorsqu'il survenait de la diarrhée, alors aussi il en passait un peu dans la vessie et on les retrouvait dans l'urine. Dans ces moments, la fièvre se réveillait et la température s'éleva quelquefois à 39°. En dehors de ces accidents, les urines reprenaient l'aspect à peu près normal, la miction n'était plus douloureuse, l'appétit renaissait. Les deux bouts de l'intestin étaient séparés par un éperon très saillant qui faisait opercule sur le bout inférieur.

Un appareil construit par Galante pour recevoir les matières fécales ne réussit pas. La compression qu'il exerçait sur le bout inférieur me parut favoriser le passage des matières par leurs voies naturelles et j'y renonçai. Pas plus après l'opération qu'avant les urines ne passaient pas dans l'intestin.

La réapparition de temps à autre des matières intestinales dans les urines et des accès de fièvre, qui l'accompagnaient ordinairement, nous suggéra à mon interne et à moi la pensée d'oblitérer l'orifice du bout inférieur par une suture après avivement; après avoir bien pesé les chances de cette opération, et pensant que si elle ne réussissait pas elle ne compromettrait pas l'état de la malade, je m'y décidai et j'y procédai le 3 avril après avoir administré la veille cinq centigrammes d'extrait thébaïque pour immobiliser l'intestin. La malade chloroformée j'avivai le bord de l'éperon ainsi que la moitié inférieure du pourtour de l'anus artificiel et je réunis les parties par des points de fil de soie très rapprochés. Malgré l'administration de l'opium, les matières fécales passèrent, et le 4 avril dans l'après-midi, il y eut un grand frisson avec une ascension thermométrique dépassant 40°; les bords de la plaie étaient sensibles à la pression.

5 avril. — Rougeur érysipélateuse autour de la suture, assez peu étendue d'ailleurs. Les fils sont enlevés et il n'y a pas trace de réunion. L'érysipèle s'étendit peu, et le 10 avril il avait presque complètement disparu à l'extérieur. Dans l'après-midi la malade est prise tout à coup de douleurs abdominales violentes; le ventre est un peu ballonné, rénitent et très sensible à la pression. Vomissement peu abondant. Onction avec l'onguent napolitain belladonné. Cataplasmes.

11 matin. — Sensibilité du ventre très vive surtout à droite de l'ombilic, pression superficielle douloureuse; peu de sensibilité à gauche; un peu de tympanisme dans la région sous-ombilicale. Visage altéré, traits tirés, expression de profonde tristesse; peu de vomissements. Pas de selles depuis la veille; urines peu abondantes, foncées, pouls petit, fréquent. Invagination du bout supérieur de l'intestin formant une tumeur conique de 4 centimètres de saillie. On voit sur l'éperon et le pourtour inférieur de l'anus artificiel la plaie d'avivement; elle est très superficielle et ne se distingue des parties voisines que par une teinte grisâtre. Le refoulement de la partie invaginée s'opère facilement; on ne constate pas de constriction dans les parties accessibles au doigt. 20 sangsues sur le ventre; extrait thébaïque à la dose de 5 milligrammes toutes les deux heures. Potion de Todd.

3 heures du soir. — Dix sangsues seulement ont pris. Même aspect du visage, même sensibilité du ventre limitée à droite de l'ombilic. Plusieurs vomissements porracés depuis le matin; pas d'évacuation; moins de tension du ventre. Pouls petit, fréquent. Potion de Todd par continuation, glace à l'intérieur; 4 gramme de calomel en 20 paquets, un paquet toutes les deux heures.

9 heures du soir. — Persistance des vomissements qui sont uniquement formés de matières biliaires; même sensibilité du ventre et dans la même région; altération profonde des traits; pas de garde-robes; pouls toujours petit et fréquent. Suspendre le calomel et la potion alcoolisée si les vomissements persistent.

12 avril au matin. — Ventre toujours très sensible à droite de l'ombi-

lic, sans ballonnement; absence de sensibilité à gauche et notamment autour de l'anus artificiel. Douleurs spontanées par crises et se terminant par des vomissements; ceux-ci se sont reproduits à diverses reprises pendant la nuit, la dernière fois une heure avant la visite. Les matières vomies sont jaunes, bilieuses, assez abondantes. Pas de selles; L'invagination persiste sans plus de développement; on refoule l'intestin sans rencontrer d'étranglement; urines rares, foncées; pouls petit, fréquent; onctions mercurielles belladonnées, glace, opium, potion de Todd et calomel si les vomissements s'éloignent :

*Soir.* — Face profondément altérée, persistance des vomissements toujours composés de matières jaunes, claires, inodores. Les douleurs abdominales sont les mêmes; pas d'évacuation de matières ni de gaz par l'anus artificiel. Pouls fréquent, insensible.

Elle succombe dans la nuit. L'autopsie n'a pu être faite.

Je n'ai rien trouvé dans la littérature médicale française qui m'indiquât que les chirurgiens de notre pays aient songé à appliquer la colotomie au traitement des fistules vésico-intestinales. Une thèse de Blanquinque <sup>1</sup> mentionne deux cas d'anus artificiel pour des fistules organiques, par Pennel et Holmes, mais il n'y est nullement question de colotomie pour des fistules non diathésiques. Pitha et Billroth <sup>2</sup> la mentionnent d'une manière très courte et très générale au chapitre des fistules urinaires chez la femme. Le *Traité de chirurgie* de Bryant <sup>3</sup> contient sur la colotomie un chapitre important où il relate quatre opérations par lui pour des fistules vésico-intestinales et un cas de Hakes.

Un mémoire de van Erkelens <sup>4</sup> où sont réunis 262 cas de colotomie, avec indication des lésions, du mode opératoire et du résultat, constitue la source de renseignements la plus précieuse. Les journaux anglais fournissent en outre des documents importants, et nous y retrouvons épars les cas réunis par van Erkelens dans ses tableaux.

La première observation en date me paraît être une opération faite par Holmes en 1866 <sup>5</sup>. Viennent ensuite par ordre de date deux cas de Maunder en 1868 et 1869 <sup>6</sup>; un cas de Curling en 1873 <sup>7</sup>; un cas de Heath en 1874 <sup>8</sup>; un cas de Mason la même année <sup>9</sup>; un cas de

1. Thèse de Paris, 1870.

2. Winkel, dans Pitha et Billroth, IV B, I Abth. B., § 117.

3. *The practice of surgery*, vol. I, p. 633.

4. *Über colotomie* (*Arch. f. klin. chir.*, t. 23, p. 41).

5. *The Lancet*, avril 14, 1866.

6. *Brit. med. journ.*, 1869.

7. *Med. chir. trans.*, V, p. 35, 1873.

8. *Schmidt's Jah.*, Ber. 1874 p. 286.

9. *Schmidt's Jah.*, Ber. 1874 p. 278.

Ballance en 1883 <sup>1</sup>. En tout 12 cas dont j'ai trouvé l'indication précise dans divers recueils. En y joignant le mien qui est à peu près de même date que celui de Ballance, nous avons 13 cas de colotomie appliquée au traitement des fistules vésico-intestinales. Van Erkelens en compte 16, mais il m'a été impossible d'arriver à la constatation exacte de ce chiffre et je pense qu'il y a eu dans le calcul de cet auteur des doubles emplois, le même fait se trouvant quelquefois reproduit dans plusieurs journaux.

Un certain nombre des observations indiquent nettement les lésions pour lesquelles l'opération a été pratiquée. Le malade de Holmes était un homme chez qui une ulcération ordinaire avait établi une communication entre l'S iliaque et la vessie. La même lésion se reproduisit consécutivement sur le cœcum. Sur un des opérés de Bryant la communication existait entre la vessie d'une part, le gros intestin et l'intestin grêle d'autre part; la communication avec l'intestin grêle ne s'était produite que plus tard.

Un malade de Maunder avait une fistule entre la vessie et l'S iliaque. Le malade de Heath souffrait depuis douze ans d'un abcès du bassin. Dans le cas de Mason on trouva un rétrécissement du rectum, une péritonite tuberculeuse et un abcès de la prostate. Ce fait devrait peut-être être retranché de la série en raison de la nature diathésique des lésions; un abcès de la prostate avec une péritonite tuberculeuse peut en effet éveiller le soupçon d'une lésion de même nature.

Le malade de Ballance avait eu une dysenterie aiguë terminée par l'état chronique; l'autopsie révéla dans le rectum un rétrécissement et trois orifices conduisant à un amas de matières purulentes et fécales situé au-dessus de la vessie. L'abcès communiquait largement avec la vessie et par de petits orifices avec l'iléum et le cœcum. Dans notre cas il s'agissait évidemment d'un phlegmon péri-utérin.

L'observation de Hakes est remarquable par des lésions qu'on peut considérer comme la conséquence de l'opération même. Le malade mourut cinq ans après, et on trouva le côlon descendant à partir de l'anus artificiel, l'S iliaque et le rectum jusqu'à la vessie, complètement oblitérés et remplacés par une masse graisseuse cylindrique au milieu de laquelle était un cordon fibreux d'une ligne environ d'épaisseur, sans trace de canal <sup>2</sup>.

Nous n'avons guère de données exactes sur la situation et la dis-

1. *The Lancet*, March 10, 1883.

2. Bryant, *l. c.*, 636.

position de l'orifice accidentel du côté de la vessie. Le plus ordinairement il permet le passage facile des matières fécales et de l'urine d'un organe à l'autre. Chez notre malade il paraît étrange qu'un trajet, assez large pour donner issue à des féces solides d'un certain volume, ne permit pas le passage des urines dans le tube digestif. Cette particularité ne peut s'expliquer qu'en admettant une disposition valvulaire de l'orifice vésical. J.-L. Petit avait déjà observé le fait et il va jusqu'à dire que les urines passent rarement dans le rectum. Il croit en trouver la raison dans la différence de pression du côté du rectum et de la vessie et la prédominance que donne au premier de ces organes la force plus grande de ses fibres <sup>1</sup>. Cette explication un peu fantaisiste est certes moins satisfaisante que celle que le même auteur admet dans l'observation suivante et qui repose sur l'obliquité du trajet. Il est probable que chez le malade de Hakes l'urine ne passait pas non plus, au moins en quantité notable, dans l'intestin, car autrement il serait difficile de comprendre l'oblitération complète de celui-ci entre l'anus artificiel et la vessie; il est vrai qu'elle s'arrêtait au niveau de l'orifice vésical, mais nous voyons que dans deux des cas de Bryant, six ans après l'opération, l'urine s'écoulait par l'anus artificiel dans la position horizontale.

Je n'ai pas besoin, pour justifier l'intervention de la colotomie, d'insister longuement sur les désordres que les fistules vésico-intestinales produisent dans la santé générale, sur les tortures qu'elles infligent aux malades. Elles mènent le plus souvent à la mort par épuisement ou par l'extension des lésions à tout l'appareil urinaire. Les cas où les malades ont survécu un temps un peu long sont rares. Boyer <sup>2</sup> rapporte un cas dans lequel le malade, depuis plusieurs années avant sa mort, rendait des matières fécales avec les urines. Blanquinque en cite un emprunté à la pratique de Demarquay où le malade vécut dix-sept ans, un autre emprunté à Riche- rand et Cloquet où la durée de la maladie fut de trente ans <sup>3</sup>. Mais ce sont là des faits exceptionnels. Un des malades de Bryant succomba quatre mois après l'opération, à une néphrite suppurée. La gravité des accidents, la rapidité de leur évolution dépendront de la largeur et de la disposition de la fistule facilitant plus ou moins le passage de l'urine et des matières fécales, du siège de la communication intestinale; les matières liquides de l'intestin grêle arriveront toujours plus facilement dans la vessie que les matières solides de la

1. J.-L. Petit, *Traité des mal. chir.*, t. II, p. 80.

2. Boyer, *Mal. chir.*, t. IX, p. 55.

3. *Arch. de méd.*, t. 18.

fin du gros intestin. Mais, en tout cas, on peut affirmer que l'existence de ces fistules n'est guère compatible avec une longue vie, ni avec une vie tolérable.

Une autre question se pose en face de l'intervention chirurgicale, c'est celle de la curabilité spontanée de ces fistules. Blanquinque en cite quatre cas. L'un appartient à J.-L. Petit <sup>1</sup>, un à Laugier <sup>2</sup>, un à Guibout <sup>3</sup>, un à Berton. Nous trouvons un autre cas de Ed. Martin cité par Winkel <sup>4</sup>. Enfin, je dois à l'extrême obligeance de mon excellent confrère, le Dr Duchaussoy, le résumé d'une observation de sa pratique que je crois utile de consigner ici, en raison de son importance et du soin avec lequel le malade a été suivi.

M. L..., âgé de 50 ans, souffrait depuis quatre jours de violentes douleurs abdominales sous forme de coliques avec vomissements, impossibilité d'uriner et d'aller à la garde-robe. On crut à une colique néphrétique ou à un calcul vésical. Le cathétérisme fut sans résultat.

Le 5 juillet 1877, M. Duchaussoy est appelé en consultation et diagnostique une occlusion intestinale située à la partie inférieure de l'S iliaque, occlusion comprimant la vessie. Il y avait de la dysurie, mais sans fièvre.

Le 12 juillet, du pus sortit par l'anus et par la vessie.

Le 17, on reconnaît la présence de matières fécales dans l'urine. Le malade a des crises nerveuses ressemblant à l'hystérie; le ventre est très ballonné, il y a des éructations continuelles. Les gardes robe contiennent du mucus intestinal concrété.

Le 26, il ne sort presque plus de fèces par la vessie, mais il s'échappe toujours une grande quantité de mucus concret par l'anus.

Le 31, on ne constate plus du tout de matières fécales dans les urines.

Le 2 août, les forces se rétablissent; l'urine contient une petite quantité de mucus. Le ventre reste un peu ballonné et le malade rend toujours de longues mucosités intestinales.

Pendant cette première période de la maladie, le traitement a été d'abord celui de l'occlusion intestinale due à la compression par une tumeur inflammatoire; puis on fit dans la vessie des injections répétées avec des liquides désinfectants très variés.

En septembre, le malade a fait une cure à Vittel; on essaya là des douches ascendantes qui provoquèrent de graves accidents, vomissements, syncopes, hémorragie intestinale.

En octobre, l'état général était très bon; quelques petits fragments de

1. *Loc. cit.*, p. 82.

2. Blanquinque, *loc. cit.*

3. Blanquinque, *loc. cit.*

4. *Loc. cit.*, § 116.

matières fécales ont reparu dans les urines. Les garde-robes sont faciles grâce aux lavements de deux litres introduits avec une longue sonde; il n'y a plus de crises de nerfs. Injections vésicales au permanganate de potasse.

Le 10 octobre, fausses membranes intestinales épaissies. On continue la dilatation du rétrécissement intestinal à l'aide des sondes et des grands lavements.

Rien n'est plus venu indiquer la persistance d'une communication entre la vessie et l'intestin, mais en avril 1878 il y eut encore émission par l'anus de produits que le malade désigne sous le nom de morceaux de chair; l'état général restait bon.

D'avril à juin, dilatation de l'intestin par la laminaria et l'éponge aidée des purgatifs doux et des grands lavements.

En mars 1883, des signes d'occlusion intestinale incomplète ont reparu, puis il y a eu une phlébite des membres inférieurs.

En août, l'état général est bon, mais il y a toujours expulsion de longues mucosités intestinales par l'anus et nécessité de minoratifs fréquents.

Il serait important de connaître les conditions anatomiques que présentaient les fistules dont on a pu ainsi obtenir la guérison spontanée, leurs dimensions, la facilité plus ou moins grande du passage des urines et des féces, leur siège exact, leur trajet plus ou moins direct. Dans le cas de J.-L. Petit, les urines ne passaient pas dans le rectum, les gaz seuls pénétraient de l'intestin dans la vessie. Le malade de Berton avait rendu quelques parcelles d'aliments dans les urines, expulsions qui font supposer une communication étroite. Chez le malade de Laugier, la fistule était due au passage d'un lombric de l'intestin dans la vessie, ce qui donne lieu de croire qu'elle était de petites dimensions. Dans le cas du D<sup>r</sup> Duchaussoy, le passage des matières fécales dans les urines est incontestable, il n'est pas fait mention de la sortie de l'urine par l'anus. Winkel, en citant l'observation de Ed. Martin, ajoute que si la guérison spontanée peut avoir lieu, aidée par un régime convenable, elle paraît ne pouvoir s'opérer que pour des fistules vésico-intestinales qui se sont produites à travers des exsudats dont la rétraction exerce une compression sur tout le contour du trajet. D'après ces quelques données, il est permis de penser que la cure spontanée sera toujours exceptionnelle.

Comme je ne traite pas ici l'histoire complète des fistules vésico-intestinales, je ne m'arrêterai pas à fixer tous les points du diagnostic général. Je ferai seulement observer que l'émission de gaz par l'urètre qui avait autrefois une signification pathognomonique l'a perdue

de nos jours. Il me paraît établi aujourd'hui qu'il peut se produire des gaz spontanément dans la vessie chez les glycosuriques. J'ai moi-même eu l'occasion de constater ce fait chez un malade en traitement pour un rétrécissement de l'urèthre et dont les urines contenaient une certaine proportion de glycose.

Le point important du diagnostic relativement à l'emploi de la colotomie est la détermination du siège de l'orifice intestinal assez précise, pour qu'on soit certain d'opérer au-dessus. Il va de soi que toutes les fistules vésico-intestinales ne se prêtent pas à l'opération; celles dans lesquelles l'intestin grêle, le cœcum et l'appendice vermiculaire sont intéressés, ne peuvent en bénéficier. Les côlons ascendant et descendant, à cause de leur fixité, ne paraissent pas susceptibles d'entrer dans la formation de ces fistules, et je n'en ai pas trouvé d'exemples; le côlon transverse pourrait certainement contracter des adhérences avec la vessie, mais je ne sache pas qu'on ait observé des fistules vésico-intestinales de cette provenance. La plus grande partie se rapportent au rectum et à l'S iliaque et ressortissent à la colotomie lombaire gauche; Blanquinque sur 1 cas trouve la fistule sur le rectum 9 fois, sur l'S iliaque 4, sur l'intestin grêle 2, sur le cœcum 1. Le diagnostic sera généralement rendu facile par l'origine des accidents, l'aspect des matières contenues dans l'urine, l'exploration des organes. L'examen du rectum permettra, quand l'orifice est assez bas, d'en déterminer le siège avec le doigt ou avec le spéculum.

Le toucher vaginal, le palper abdominal feront quelquefois constater des engorgements qui, en permettant d'apprécier le point de départ des accidents, donneront des renseignements assez précis sur le siège de la communication. Les injections colorées faites dans la vessie pourront encore rendre service. J'ai pensé qu'en introduisant dans le rectum un gorgeret ou une valve de Sims munie d'une petite éponge imbibée d'une solution de prussiate jaune de potasse et en faisant dans la vessie une injection d'une solution de perchlorure de fer, on pourrait dans des cas douteux obtenir la preuve de la communication de la vessie avec la fin de l'intestin. Ces réactifs peuvent être dilués dans une quantité d'eau suffisante pour être complètement inoffensifs. Je me suis assuré qu'en étendant d'eau dans une cuillerée à café 8 à 10 gouttes d'une solution de perchlorure de fer à 1/500 et la pareille quantité de solution de prussiate jaune de potasse au même titre, et en mettant ces deux solutions ainsi diluées en présence sur une valve de Sims, on obtenait la réaction caractéristique.

Ce qui nous importe le plus dans cette étude, c'est d'apprécier les

résultats fournis par l'opération. Dans l'observation de Holmes, le malade se portait très bien au bout de huit mois, et on était autorisé à croire que la fistule s'était considérablement rétrécie, sinon entièrement fermée; mais ce résultat ne se maintint pas. Le malade continua à perdre accidentellement de l'urine par l'anus et à souffrir dans le bassin. Quinze mois après l'opération, les fèces reparurent dans l'urine; bientôt l'écoulement cessa par l'anus artificiel, et les douleurs vives ainsi que la difficulté de la miction se manifestèrent de nouveau. L'urine était aussi chargée de matières fécales qu'avant l'opération. Le malade mourut quinze mois après la colotomie. L'autopsie montra que la fistule primitive, située au niveau de l'S iliaque, n'était pas d'origine maligne, qu'il s'était fait une communication de même nature entre le cœcum et la vessie qui avait rendu l'opération illusoire. Sans cet accident nouveau, le malade aurait pu avoir une longue existence.

Des quatre malades opérés par Bryant l'un mourut quatre mois après l'opération de suppuration des reins, mais entièrement soulagé des douleurs vésicales et rectales. Un vécut six ans, et mourut à soixante-dix ans, d'une rupture du cœur. Un troisième vivait encore six ans après l'opération, n'éprouvant que très peu d'ennuis de son anus artificiel. Bryant ne nous renseigne pas sur le résultat de la quatrième colotomie, mais je trouve dans les tableaux de van Erkelens, l'indication d'une opération faite par ce chirurgien en 1868, à laquelle le malade aurait survécu quatre mois. On trouva à l'autopsie entre le rectum et la vessie un vaste abcès qui communiquait avec la vessie d'une part, avec l'intestin grêle et le rectum d'autre part. La communication avec l'intestin grêle s'était faite postérieurement à l'opération.

Dans le cas de Hakes, le malade vécut cinq ans. Dans un cas de Curling, le malade mourut le seizième jour, par suite de circonstances défavorables, et, en partie, par la faute de l'opérateur. Un malade de Maunder succomba à l'épuisement au bout de six semaines, les symptômes s'étaient considérablement améliorés après l'opération. Dans un second cas du même chirurgien, la mort eut lieu après quelques semaines, occasionnée par la faiblesse résultant de la longue durée de la maladie. Chez la malade de Heath qui souffrait depuis douze ans d'un abcès du bassin, et chez laquelle les symptômes de la fistule s'étaient manifestés depuis neuf ans, l'opération avait amené la disparition des vives douleurs vésicales, et seize mois plus tard la malade se trouvait parfaitement bien. Le malade de Mason se remit manifestement, mais il mourut le vingt-deuxième

jour d'une péritonite tuberculeuse et d'un abcès de la prostate. Celui de Ballance mourut subitement le dixième jour.

Enfin, si la malade de mon observation ne survécut pas plus de deux mois, c'est à l'opération complémentaire seule qu'il faut attribuer cet échec, car les suites de la colotomie avaient été aussi simples et aussi favorables que possible, tant au point de vue de l'état local qu'à celui des troubles généraux.

En résumé nous pouvons compter comme succès incontestables les cas suivants :

Holmes.....	1
Bryant.....	3
Hakes.....	1
Heath.....	1
Duménil.....	1

Total, 7 cas sur 13 opérations. Peut-on espérer une guérison complète, c'est-à-dire une oblitération de la fistule suivie du rétablissement du cours des matières par les voies naturelles? car c'est seulement à ces conditions que la cure peut être considérée comme absolue; il faut que toute trace d'infirmité disparaisse. Nous n'en avons pas d'exemple; elle sera probablement souvent rendue difficile par le passage de l'urine dans l'intestin. Nous voyons cependant un rétrécissement notable du trajet constaté dans le cas de Holmes, et on serait autorisé à en espérer la cicatrisation complète dans un cas comme le mien, où la disposition de l'orifice fistuleux ne permettrait pas l'écoulement de l'urine par la voie anormale. La possibilité de la guérison spontanée de ces fistules, établie par les faits que nous avons signalés, donne un puissant appui à cette manière de voir.

Une circonstance est cependant de nature à rendre la guérison complète difficile, c'est la réapparition fréquente d'une certaine quantité de fèces dans l'urine, indépendamment même des cas où il a pu s'établir une nouvelle communication au-dessus de l'anus artificiel. C'est ce qu'établit Curling : « Dans ces cas, dit-il, quelque complète qu'ait été l'opération, il n'a pas toujours été possible de prévenir le passage de quelques matières dans le bout inférieur ». L'observation que j'ai rapportée en est un exemple.

Arriverait-on à une guérison radicale en oblitérant l'orifice inférieur comme Ballance en a eu l'idée, comme je l'ai tenté moi-même? Il me paraît incontestable que cette opération complémentaire de la colotomie faciliterait beaucoup la cicatrisation du trajet fistuleux, mais pourrait-on conserver l'espoir de rétablir dans la suite le cours des matières fécales par les voies naturelles? ce serait certes beau-

coup plus difficile qu'après la création d'un anus artificiel avec ses deux bouts ouverts. Si l'on s'y décidait le procédé proposé par Ballance serait préférable à celui que j'ai tenté. Celui-ci sera fort exposé à échouer par la difficulté d'assurer suffisamment l'immobilité des parties suturées, outre qu'il expose à l'érysipèle et aux suppurations de voisinage par le contact des matières fécales. Ballance conseille de suturer le bout central du côlon à la plaie abdominale, puis d'oblitérer le bout périphérique de l'intestin par des sutures et de le rentrer dans la cavité abdominale. Mais si ce procédé présente plus de chances de succès opératoire, il condamne le malade à conserver toute sa vie, son anus artificiel. En résumé, mon opinion sur ce point est que les tentatives qu'on pourrait faire pour oblitérer le bout inférieur étant de nature à compromettre le résultat de la colotomie et à rendre difficile ou même impossible le rétablissement du cours naturel des matières, il est prudent de s'abstenir. C'est le cas de se souvenir que le mieux est quelquefois l'ennemi du bien.

Pour rendre la colotomie plus efficace on pourra la combiner avec la cautérisation soit par le rectum quand l'orifice fistuleux sera accessible par cette voie, soit par la vessie après dilatation préalable de l'urèthre et en ayant recours au spéculum urétral de Simon<sup>1</sup>. Ce traitement chirurgical complexe m'inspirerait plus de confiance que le procédé audacieux de ce dernier chirurgien consistant à ouvrir la vessie par le vagin, à la renverser pour cautériser ou suturer la fistule et à compléter l'opération consécutivement par celle de la fistule vésico-vaginale créée par le chirurgien. L'utilité de l'anus artificiel étant admise et ses indications nettement formulées, à quelle méthode devra-t-on donner la préférence? Sauf le cas de Ballance où l'opération a été faite à droite sans qu'on trouve dans l'observation le motif de ce choix, tous les chirurgiens qui l'ont pratiquée ont employé la méthode d'Amussat, et la plupart ont eu recours à l'incision oblique. C'est aussi cette méthode que j'ai choisie et cette opération m'a conduit à faire quelques recherches dont les résultats me semblent mériter de fixer l'attention.

Le principal avantage de la méthode d'Amussat, le but que ce chirurgien a poursuivi en la créant était d'éviter d'ouvrir le péritoine, d'opérer en dehors de la séreuse en pénétrant dans le côlon par sa partie postérieure, et la plupart des articles de médecine opératoire sur la colotomie tracent les détails de l'opération avec une précision telle, qu'il semble, à la lecture, qu'on peut agir en toute sûreté en suivant les règles prescrites. Bon nombre de chirurgiens cependant ont

1. Winkel, *loc. cit.*, § 7, u. 117.

rencontré des difficultés et les ont signalées. Vidal de Cassis <sup>1</sup>, dans son article remarquable sur l'anus artificiel, a appelé l'attention sur une disposition fréquente du péritoine formant un mésocôlon dont les feuillets peuvent ne laisser, même après l'insufflation de l'intestin, qu'un intervalle de 2 centimètres. La difficulté qu'il y aura à aller chercher ce point précis sous le bord du carré lombaire, où le côlon descendant est souvent entièrement caché quand il est vide et rétracté, n'échappera à personne; aussi est-il arrivé à plusieurs opérateurs, Mason, Huke, Maunder, Kuster, d'ouvrir le péritoine, accident qui s'est aussi présenté dans mon observation. Lorsque le péritoine est ouvert, il n'est pas toujours facile de reconnaître la portion d'intestin qui se présente; Mason, Jobert, ont ouvert l'intestin grêle au lieu du côlon. Enfin, on a pris des faisceaux de tissu conjonctif pour l'intestin; Evans incisa du même coup le *fascia transversalis* et l'intestin dans un cas où le tissu graisseux était très peu développé. Sur 12 sujets que j'ai examinés à l'amphithéâtre, j'ai constaté dans 7 cas l'existence d'un mésocôlon bien développé; dans 2 cas, l'intestin grêle s'était glissé entre le côlon descendant et le muscle carré des lombes; dans 2 cas, ce fut le côlon transverse qui se présenta le premier. On comprend facilement que ces variétés de rapports puissent rendre l'opération difficile et occasionner dans certains cas des erreurs inévitables. Y aurait-il avantage à injecter de l'eau dans le côlon, comme cela a été proposé par Heath <sup>2</sup>? Je ne voudrais pas me prononcer sur la valeur de ce procédé.

Toutes les erreurs auxquelles on peut être exposé dans l'exécution de la colotomie n'ont pas la même importance. Nous ne redoutons pas la lésion du péritoine autant que nos devanciers, et, chez ma malade, elle n'a pas été suivie du moindre accident; nos opérations de hernies étranglées, faites dans de bonnes conditions, guérissent dans la grande majorité des cas. Mason exprime l'opinion que la blessure du péritoine n'offre pas un danger notable; l'expérience a démontré que cette membrane a souvent perdu ses propriétés physiologiques et ses susceptibilités pathologiques <sup>3</sup>. La confusion de l'intestin grêle avec le côlon aurait plus de gravité. La nécessité de maintenir la malade dans une situation voisine du décubitus latéral pendant l'anesthésie peut ajouter quelques difficultés à l'opération; l'intestin fuit facilement pendant les recherches, et il est nécessaire de faire exercer une compression sur l'abdomen par un aide.

1. Path. ext., t. IV, p. 430.

2. *The Lancet*, 1869, v. II, p. 743.

3. *Amer. Journ.*, 1873.

Les difficultés que je viens de signaler auront peut-être pour conséquence de faire revenir un certain nombre de chirurgiens à la méthode de Littre, et telle est la tendance exprimée par Vidal de Cassis et par le professeur Verneuil. Il convient cependant de faire remarquer qu'en opérant sur l'S iliaque, on peut être exposé, dans certains cas où le siège de la fistule n'aura pas pu être déterminé d'une manière bien précise, à atteindre l'intestin au-dessous.

En résumé, quoique la colotomie appliquée au traitement des fistules vésico-intestinales n'ait donné jusqu'alors que les résultats d'un traitement palliatif, elle constitue une ressource précieuse, capable de prolonger, dans une mesure considérable, l'existence des malades avec une infirmité très tolérable. Il est permis d'espérer en outre que seule, dans des cas favorables, ou combinée avec d'autres moyens, elle pourra conduire à une guérison radicale.

THE HISTORY OF THE  
CITY OF BOSTON  
FROM THE FIRST SETTLEMENT  
TO THE PRESENT TIME  
BY NATHANIEL BENTLEY  
VOLUME I  
PUBLISHED BY W. BENTLEY  
1822