

UNIVERSITE D'ALGER
FACULTE MIXTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE
ANNÉE 1940. -- N° 15.

De l'iléo-hémi-colectomie droite
en deux temps
dans les fistules complexes
de l'iléon terminal

THÈSE

POUR LE DOCTORAT EN MEDECINE
présentée et soutenue publiquement en Juin 1940.

PAR

DUROUX Paul-Emile

INTERNE DES HÔPITAUX DE LYON

Né le 17 juillet 1914, à Oullins (Rhône).

MEMBRES DU JURY :

MM. COSTANTINI, Professeur de Clinique chirurgicale..	<i>Président</i>
CABANES, Professeur de Clinique gynécologique..	} <i>Assesseurs</i>
DE RIBET, Professeur sans chaire (Anatomie)....	
FERRARI, Agrégé (Chirurgie).....	

IMPRIMERIE DE TREVoux
G. PATISSIER

1940

UNIVERSITÉ D'ALGER. — FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

Doyen MM. GILLOT (I. 1872).
 Doyens honoraires..... { HERAIL (*, I. 1872).
 Assesseur { LEBLANC (*, 1872, I. 1872).
 COSTANTINI (O. *, 1872, I. 1872).

Professeurs

Clinique médicale..... MM. AUBRY (O. *, 1872, I. 1872).
 Hygiène, hydrologie et climatologie BENHAMOU (O. *, 1872, I. 1872).
 Histologie et Embryologie..... BENOIT (I. 1872).
 Clinique gynécologique..... CABANES (*, 1872, I. 1872).
 Clinique chirurgicale..... COSTANTINI (O. *, 1872, I. 1872).
 Botanique et matière médicale..... FOURMENT (I. 1872).
 Chimie biologique et médicale..... GIBERTON (*, A. 1872).
 Clinique méd. & hygiène infantile.. GILLOT (I. 1872).
 Médecine légale GIRAUD (O. *, 1872, I. 1872).
 Clinique obstétricale et puéricul-
 ture du premier âge..... LAFFONT (O. *, 1872, I. 1872).
 Clinique thérapeutique médicale... LEBON (O. *, 1872, I. 1872).
 Clinique chirurgicale infantile et
 orthopédie LOMBARD (*, 1872, I. 1872).
 Anatomie pathologique MONTPPELLIER (I. 1872).
 Pharmacie MUSSO (*, I. 1872).
 Bactériologie PINOY (*, I. 1872).
 Clinique psychiatrique POROT (I. 1872).
 Physique médicale PORTES (*, 1872, I. 1872).
 Clinique des maladies des pays
 chauds, des maladies syphiliti-
 ques et cutanées RAYNAUD (*, 1872, I. 1872).
 Parasitologie et zoologie médicale.. SENEVET (*, 1872, I. 1872).
 Clinique ophtalmologique TOULANT (*, 1872, I. 1872).
 Physiologie TOURNADE (O. *, 1872, I. 1872).
 Chimie générale pharmaceutique et
 toxicologie WUNSCHENDORFF (I. 1872).
 Anatomie N...

Professeurs Honoraires

M. ARGAUD (*, 1872, I. 1872). M. HERAIL (*, I. 1872).
 M. COURRIER (*, 1872, I. 1872). M. WEBER (*, 1872, I. 1872).
 LEBLANC (*, 1872, I. 1872).

Professeurs sans Chaire

M. HOUEL (*, 1872, I. 1872), agrégé pé- M. de RIBET (*, 1872, I. 1872), agrégé
 rennisé (chargé de l'enseignement pérennisé (Anatomie).
 des élèves sages-femmes).

Chargé de Cours

Clinique d'oto-rhino-laryngologie.. M. H. ABOULKER (*, 1872, I. 1872).
Agrégé libre chargé d'un cours sans limite de temps
 Chirurgie M. FERRARI (*, I. 1872).

Agrégés

Accouchements MM. JAHIER.
 Médecine LACROIX (A. 1872).
 Histologie THIODET (1872).
 Chirurgie SARROUY (*, 1872).
 Anatomie pathologique KEHL.
 Anatomie SABADINI (A. 1872).
 Chimie médicale GOINARD.
 Histoire naturelle pharmaceutique. CURTILLET.
 Physiologie N...
 Pharmacie N...
 MONNET.

Agrégés libres

Physiologie MM. BATTEZ.
 Chirurgie DUBOUCHER (I. 1872).

NOTA. — La Faculté n'entend donner aucune approbation ni im-
 probation aux opinions émises dans les thèses ; ces opinions doivent être
 considérées comme propres à leurs auteurs.

A MON PÈRE, LE DOCTEUR E. DUROUX,
PROFESSEUR AGRÉGÉ DE CHIRURGIE
A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE LYON

ET A MA MÈRE
Auxquels je dois tout.

A MES FRÈRES. A MES SŒURS

A MES PARENTS

A MES AMIS

A MONSIEUR LE DOCTEUR HENRI COMTE
EX-CHEF DE CLINIQUE A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE LYON,
CHIRURGIEN DES HÔPITAUX DE CASABLANCA

Qui m'a inspiré ce travail inaugural.

A MES MAITRES
DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE LYON
durant mes trois années d'externat :

MONSIEUR LE DOCTEUR WERTHEIMER
CHIRURGIEN DES HÔPITAUX. PROFESSEUR AGRÉGÉ A LA FACULTÉ

MONSIEUR LE DOCTEUR RICARD
CHIRURGIEN DES HÔPITAUX

MONSIEUR LE DOCTEUR GATÉ
PROFESSEUR AGRÉGÉ. MÉDECIN DES HÔPITAUX

MONSIEUR LE PROFESSEUR FROMENT
PROFESSEUR DE CLINIQUE MÉDICALE

MONSIEUR LE DOCTEUR TRILLAT
PROFESSEUR AGRÉGÉ. ACCOUCHEUR DES HÔPITAUX

MONSIEUR LE DOCTEUR PALIARD
MÉDECIN DES HÔPITAUX

MONSIEUR LE DOCTEUR PAUPERT-RAVAULT
PROFESSEUR AGRÉGÉ. MÉDECIN DES HÔPITAUX

Les circonstances de la guerre
m'ayant éloigné d'eux, je leur
adresse un souvenir ému et recon-
naissant.

A MES NOUVEAUX MAITRES
DE LA FACULTE D'ALGER

A MONSIEUR LE DOYEN

A MON PRESIDENT DE THESE

A MES JUGES
Hommage de respectueuse gratitude.

Introduction

Ce travail portera sur l'étude de la Thérapeutique chirurgicale appliquée à deux cas de fistules complexes de la région iléocœcale.

Une de ces fistules consécutive à une opération d'appendicite à chaud portait sur le cœcum et la dernière anse iléale, l'autre consécutive à l'extériorisation de l'anse iléale terminale pour une perforation de la fièvre typhoïde, était une fistule par perte de substance de cette anse avec solution de continuité complète de l'intestin.

Dans les deux cas, la présence de lésions cutanées dues à l'écoulement total du contenu intestinal par la fistule ont conduit à pratiquer dans un premier temps une exclusion unilatérale de la région iléocœcale par iléotransversostomie termino-latérale au bouton, et dans un deuxième temps, une hémicolectomie droite avec résection de la dernière anse iléale.

Pour l'anastomose au bouton, nous avons choisi dans les deux cas cette méthode, car il s'agissait de deux enfants de 11 et 12 ans.

Les observations de ces deux cas et leur discussion nous permettront de justifier la thérapeutique chirurgicale adoptée.

Mais il est nécessaire de rappeler très brièvement les idées généralement admises sur la thérapeutique des fistules stercorales et pyostercorales.

Ceci nous permettra de situer exactement les cas dans lesquels l'iléohémicolectomie droite en deux temps peut être indiquée.

Nous n'ignorons pas les discussions auxquelles a donné lieu autrefois le traitement des fistules pyostercorales, elles ont opposé les partisans du traitement par exclusion uni ou bilatérale de l'anse lésée suivie de la résection secondaire de l'anse exclue, aux partisans de l'abord direct de la brèche intestinale après mise à plat antérieure (dans un temps préliminaire) de la cavité pyogénique.

Les partisans du traitement direct apportaient la statistique des nombreux succès obtenus dans la cure des fistules cœcales consécutives au « phlegmon stercoral » dû, le plus souvent, à la suppuration appendiculaire.

Il est bien certain que dans ces cas, l'opération en deux temps par mise à plat de la cavité pyogénique, puis traitement ultérieur de la brèche intestinale devenue une fistule ou un anus contre nature labié, était le traitement logique de la fistule pyostercorale.

Le traitement de la brèche intestinale était le plus souvent une simple entérorraphie latérale s'il s'agissait

d'une lésion cœcale ou colique ou d'une petite fistule de l'iléon et beaucoup plus rarement une entérectomie s'il s'agissait d'une lésion plus complexe.

Les partisans de ce traitement s'opposaient à ceux qui, en présence de cas généralement plus complexes du reste, avaient utilisé l'exclusion uni ou bilatérale suivie de résection de l'anse exclue.

Il est certain qu'ils avaient beau jeu quand il s'agissait de condamner l'exclusion bilatérale. Cette opération évidemment mauvaise lorsqu'elle était opposée à une fistule pyostercorale sur une anse malade (cancer et tuberculose) n'était pas brillante non plus lorsqu'elle était opposée à une fistule pyostercorale sur « anse saine. »

Il est inutile de rappeler les accidents qui se produisaient lorsque l'anse fistulisée avait tendance à se refermer avant que l'exérèse ne soit entreprise.

Ce mauvais drainage (cet accident) de l'anse ne facilitait pas la résorption de la péritonite plastique autour de l'anse exclue et rendait plus difficile le deuxième temps d'exérèse.

Sous cet angle on pouvait dire que l'exclusion aggravait la péritonite plastique autour de l'anse exclue.

Les arguments des adversaires de l'opération indirecte en deux temps s'appuyaient surtout sur des méfaits de l'exclusion bilatérale. Ils condamnaient du même coup l'exclusion unilatérale qui, cependant n'est en rien passible des mêmes reproches.

Ils prétendaient que, tout comme l'exclusion bilatérale, elle ne faisait pas disparaître la péritonite plastique et l'accusaient de ne pas mettre la cavité pyostercorale à l'abri du passage des matières.

Seules les fistules de l'iléon terminal, de par l'existence de la valvule de Bauhin auraient été asséchées par une iléo-transversostomie avec exclusion unilatérale.

On trouve exactement la note de ces discussions dans les bulletins de la Société de Chirurgie de Paris (de Mai et Juin 1920) OCKINCZYC, LECLERC, LARDENNOIS, DUVAL et la thèse de DEVAUX (Lyon, 1921), et dans l'article de DELORE et DEVAUX du *Lyon Chirurgical* de Mai et Juin 1922.

L'opinion classique y était fortement discutée.

En réalité, s'il est bien certain que toute fistule pyostercorale comportant une cavité pyogénique intermédiaire importante doit être mise à plat dans un premier temps, et qu'après cette mise à plat le traitement direct de la brèche intestinale sera possible, il est d'autres cas plus complexes où seul un traitement indirect avec anastomose ou exclusion unilatérale préalable sera nécessaire.

Nous supposerons dans ce qui suit en parlant des fistules iléocœcales complexes qu'il n'y a pas de cavité pyogénique intermédiaire importante ou que celle-ci a été traitée. On pourrait dire du reste qu'il n'y a plus guère, actuellement, de fistules pyostercorales analogues à celles qui étaient consécutives comme autrefois aux phlegmons pyostercoraux.

Les fistules observées actuellement sont généralement consécutives à des opérations faites à chaud avec drainage. Elles sont d'emblée plus stercorales que pyostercorales, l'intestin venant assez directement à la peau sans grande cavité intermédiaire.

Les fistules les plus graves sont plutôt des fistules complexes par la taille et la multiplicité des brèches intestinales et spécialement à droite par la participation de l'iléon que par leur caractère pyostercoral.

Ce sont les fistules complexes de la région iléocœcale que nous étudions ici, c'est à elles que nous avons opposé l'opération en deux temps par iléohémicolectomie droite après iléotransversostomie avec exclusion unilatérale.

L'indication de cette méthode n'a pas été due au caractère pyostercoral de la fistule, mais surtout à la participation large de l'iléon et aux phénomènes de digestion de la peau dus au liquide intestinal. Nous n'aurions, bien entendu, pas eu l'idée d'employer cette méthode dans une fistule, si large et si complexe fut-elle, du cœcum seul.

L'exclusion unilatérale par iléotransversostomie termino-latérale ne nous a pas donné de reflux de matière par la fistule cœcale et nous a semblé, lors du temps de résection, avoir réduit au minimum les adhérences péri-focales et la péritonite plastique.

Table des Matières

INTRODUCTION	13
<i>Chapitre premier.</i> — Cure d'une fistule iléale et cœcale complexe consécutive à une appendicite par iléo-hémiectomie droite en deux temps. Discussion de l'indication thérapeutique	19
<i>Chapitre II.</i> — Cure d'une fistule iléale avec large perte de substance de l'anse iléale à la suite d'une extériorisation pour péritonite par perforation de la fièvre typhoïde. — Discussion de l'indication thérapeutique. — La nécessité d'extérioriser l'anse iléale perforée dans de nombreux cas de perforation typhique a pour corollaire la nécessité d'envisager les indications de l'hémiectomie droite en deux temps dans la cure des fistules consécutives	27
<i>Chapitre III.</i> — Quelques points particuliers de la technique de l'iléo-hémiectomie droite en deux temps pour fistules iléale et iléo-cœcale ..	39
CONCLUSIONS	47