

**Dictionnaire des maladies  
éponymiques et des observations  
princeps : rectum**

**DUHAMEL, B. - Exclusion du rectum  
avec abaissement retro-rectal et  
transanal du côlon. Applications et  
premiers résultats d'une technique  
nouvelle**

*In : Mémoires de l'Académie de chirurgie (Paris),  
1959, Vol. 85, pp. 192-6*

**Exclusion du rectum avec abaissement rétro-rectal  
et trans-anal du côlon.  
Applications et premiers résultats d'une technique nouvelle,**

par M. **Bernard Duhamel.**

Rapport de M. **JACQUES HEPP.**

Dans une note de *La Presse Médicale* et dans un ouvrage récent, Bernard Duhamel a proposé, et justifié sur le plan technique, une intervention nouvelle, l'exclusion du rectum avec abaissement rétro-rectal et trans-anal du côlon. Il nous apporte aujourd'hui le résultat des premières applications de cette technique en chirurgie infantile. Je lui laisse la parole.

\* \*

C'est pour traiter le *mégacôlon congénital* que nous avons imaginé et réalisé une opération nouvelle qui consiste à exclure le rectum malformé et à abaisser le côlon sain sus-jacent jusqu'à la marge anale dans un clivage anatomique, évitant toute section musculaire et tout risque pour le système nerveux du petit bassin.

Quelle que puisse être sa gravité, la maladie de Hirschsprung n'est en effet pas une affection « maligne », au sens habituel du terme. Il faut donc que l'opération destinée à y remédier ne présente ni gravité propre, ni risque de substituer une anomalie fonctionnelle (sphinctérienne, urinaire ou génitale) à une autre anomalie fonctionnelle. L'opération que Swenson a mise au point, et qui a été universellement adoptée parce qu'elle apportait, pour la première fois, une solution satisfaisante au problème thérapeutique du mégacôlon congénital, est une intervention cependant difficile, et qui n'est pas complètement parfaite. Elle expose en effet l'opéré à un danger vital et fonctionnel, du fait du temps pelvien de l'exérèse du rectum ; elle comporte une anastomose colo-anale termino-terminale qui peut désunir ou se rétrécir ; elle ne donne pas toujours un résultat fonctionnel parfait, puisque la résection du rectum, malgré son étendue, reste souvent insuffisante vers le bas, du fait de la conservation du canal anal.

C'est pour essayer d'éviter ces différents inconvénients que nous avons imaginé notre nouvelle opération, qui supprime complètement la dissection du rectum dans le pelvis, qui comporte une entérotomie progressive de grande étendue (d'ailleurs facile à agrandir secondairement en cas de besoin), et qui abaisse le côlon fonctionnel jusqu'à la marge de l'anus en préservant intégralement l'appareil neuro-musculaire sphinctérien, et en conservant une importante surface de la zone réflexogène ano-rectale. Nous rappellerons brièvement les temps successifs de cette opération :

*Par voie abdominale*, le rectum est coupé, fermé et enfoui comme dans une opération de Hartmann.

Après résection de la zone rétrécie recto-sigmoïdienne et de l'anse mégacôlique, habituellement atone et incrustée de fécalomes, le côlon pelvien est mobilisé par les sections vasculaires nécessaires pour pouvoir l'abaisser, puis l'espace cellulaire rétro-rectal est clivé sur la ligne médiane jusqu'au niveau du plancher musculaire du pelvis.

*Par voie périnéale* une incision est faite sur la demi-circonférence postérieure de la ligne ano-cutanée. La paroi propre du canal anal est alors séparée par clivage de la face axiale du sphincter externe, ce qui permet de rejoindre le décollement rétro-rectal effectué par voie haute et d'abaisser le côlon jusqu'au plan de l'incision cutanée.

La tranche colique postérieure est suturée à la peau rétro-anale, et deux fortes pinces sont placées en avant, une branche dans le côlon abaissé, l'autre dans le rectum. Une fois

serrées elles amarrent solidement le côlon abaissé, qui ne peut se rétracter, et elles assurent en quelques jours une large entérotomie, anastomosant longitudinalement le côlon abaissé et le rectum abandonné.

Un rectum définitif est ainsi constitué, dont la partie antérieure, aganglionnaire, reste collabée, et dont la partie postérieure, colique, assure la motricité.

Nous avons opéré 7 cas de maladie de Hirschsprung selon cette technique. Dans chacun de ces cas nous avons été frappé par l'absence totale de choc opératoire et par la simplicité des suites immédiates : rétablissement du transit intestinal et des selles spontanées en deux à quatre jours, chute des pinces d'entérotomie au bout d'une semaine, cicatrisation sans complications (sauf dans un cas où une anastomose de calibre insuffisant a été reprise par une nouvelle entérotomie à la pince de Panas). Le résultat fonctionnel a toujours été parfait, sans rééducation, et les examens radiologiques ont montré une régression totale de la dilatation colique et un collapsus normal dans un délai de deux mois à quatre mois au maximum.

Toutes ces constatations montrent déjà les améliorations obtenues sur le procédé de Swenson. Un avantage essentiel mérite cependant d'être mis en évidence, qui est la possibilité d'abaisser considérablement l'âge de l'opération. Swenson considère que son opération est trop dangereuse chez le nourrisson (4 décès opératoires sur un total de 6) et il conseille de l'ajourner jusqu'à ce que l'enfant soit âgé de 12 à 18 mois. Tous les chirurgiens qui ont publié leur statistique opératoire sont du même avis et nous avons nous-même, sur 3 recto-sigmoïdectomies pratiquées avant l'âge de 1 an, déploré les deux seuls décès d'une série de 16 opérations de Swenson.

Sur les 7 enfants opérés par notre nouvelle technique, 2 seulement étaient âgés de plus de 6 mois, les 5 autres avaient 6 mois, 4 mois 1/2, 4 mois, 3 mois et 2 mois 1/2.

Lorsque l'on sait la particulière gravité du mégacôlon congénital dans la première enfance (19 décès avant l'âge de 1 an, dans une statistique de 50 cas que nous avons présentée récemment à la Société de Pédiatrie de Paris), et la gravité propre de la colostomie temporaire (5 morts sur 8), la possibilité de pouvoir pratiquer précocement une opération définitivement curatrice permet d'espérer qu'il sera désormais possible de sauver un certain nombre d'enfants présentant une forme dite maligne de la maladie de Hirschsprung.

\*\*\*

Les résultats favorables que nous avons obtenus avec cette opération facile et sûre nous ont amené à envisager d'autres applications que le traitement du mégacôlon congénital.

1° L'exclusion du rectum, qui reste cependant contrôlé par le sphincter anal, nous a d'abord amené à envisager l'utilisation de ce viscère pour remplacer une vessie exstrophée. Cette conception de la thérapeutique de l'exstrophie vésicale n'est pas nouvelle : l'idée première en revient à Gersuny, mais c'est à Heitz-Boyer et à notre maître Hovelacque que l'on doit la mise au point d'un procédé logique et satisfaisant pour l'esprit. La technique qu'ils ont imaginée en 1910 était cependant trop audacieuse pour l'époque et a été rapidement supplantée par l'urétéro-sigmoïdostomie de Coffey, intervention plus facile et plus bénigne.

Si la dérivation intestinale des urines a été considérée jusqu'à maintenant comme la meilleure solution au difficile problème du traitement de l'exstrophie vésicale, ce procédé expose cependant à certains inconvénients : sténose de l'anastomose urétéro-intestinale, reflux avec infection ascendante et déséquilibre électrolytique, facteur d'acidose. La connaissance de ces complications et les progrès de l'anesthésie-réanimation ont donné depuis quelques années un renouveau aux méthodes d'implantation des uretères dans une nouvelle vessie

construite aux dépens d'un segment intestinal exclus, et nous avons pensé pouvoir renouveler (en la simplifiant considérablement) l'opération de Heitz-Boyer et Hovelacque en utilisant une variante de notre procédé d'exclusion du rectum avec abaissement rétro-rectal et trans-anal du côlon, technique que nous avons récemment présentée à la Société d'Urologie :

Lors du temps abdominal le rectum est coupé bien au-dessus du fond du cul-de-sac de Douglas, pour assurer une capacité suffisante à la nouvelle vessie. Les uretères, dont l'extrémité est ligaturée sur une sonde plastique, sont implantés sur les faces latérales du rectum par simple tunnellisation sans suture.

Lors du temps périnéal le bout colique, abaissé dans le clivage rétro-rectal et intra-sphinctérien, est suturé en arrière à la peau rétro-anale, et en avant à la paroi postérieure du canal anal, sans entérotomie. Le sphincter externe de l'anus assure donc à la fois le contrôle des fonctions de miction et de défécation, cependant que le sphincter interne, qui prolonge vers le bas la tunique musculaire circulaire du rectum, ne contrôle exclusivement que la nouvelle vessie ; il assure à la fonction urinaire une sensibilité particulière qui permet l'évacuation séparée des urines, en dehors de toute défécation.

Nous avons ainsi opéré 6 cas d'exstrophie vésicale, en un temps, sans dérivation préalable des urines ou des matières. Seules la cystectomie et la réfection de la paroi abdominale ont été pratiquées dans une seconde opération.

Le rétablissement de la continence fécale est obtenu très rapidement, puisqu'aucune manœuvre de dissection pelvienne ou périnéale ne risque de compromettre l'innervation sphinctérienne.

Contrairement à l'opération-type pour mégacolon, l'anastomose côlo-anale, circulaire, risque de se rétrécir et peut nécessiter quelques dilatations aux bougies de Heggar.

La continence urinaire est également rapidement obtenue, mais sa valeur dépend essentiellement de la capacité de la nouvelle vessie. Dans nos deux premiers cas nous avons fermé le rectum trop bas, imitant de trop près notre technique originale, et la faible capacité de la vessie n'a permis qu'une continence diurne de trois heures environ. Dans les cas suivants une technique améliorée a permis un meilleur contrôle des mictions. L'obtention d'une continence parfaite nécessite cependant une rééducation de l'enfant, qui semble d'ailleurs paradoxalement plus facile et plus rapide quand l'enfant est opéré jeune.

2° L'absence de toute manœuvre de dissection pelvienne ou périnéale nous a ensuite amené à envisager l'application d'une variante de notre procédé au traitement des *abouchements anormaux du rectum* (anus périnéaux, scrotaux et vulvaires). Cette catégorie de malformations ano-rectales comporte une imperforation ano-rectale haute s'évacuant à distance par un trajet fistuleux, toujours insuffisant et incontinent. Le périnée est aplasique, affaibli par l'abouchement anormal, et toute opération à son niveau (transplantation autoplastique de l'anus, ou abaissement abdomino-périnéal du rectum) achève de le délabrer.

Nous avons opéré 13 cas d'abouchements anormaux du rectum par des techniques classiques :

Dix opérations périnéales pures, avec une mort, quatre échecs initiaux ayant nécessité une ou plusieurs réinterventions, deux résultats passables et seulement trois bons résultats.

Trois opérations abdomino-périnéales, avec une mort, un résultat passable et un bon résultat.

C'est pourquoi nous avons renoncé totalement à la dissection du rectum malformé et de la fistule, qui sont fermés par voie haute et abandonnés. Le côlon immédiatement sus-jacent est abaissé dans un simple clivage de l'espace pré-sacré jusqu'au centre de la zone anale cutanée, dont l'appareil sphinctérien est en règle générale valable.

Il s'agit donc d'une application atypique de notre opération, que nous avons

pratiquée quatre fois (dont une fois chez un nouveau-né) avec chaque fois un excellent résultat fonctionnel. La fistule borgne externe, périnéo-rectale, sécrète un mucus épais pendant quelques semaines, puis se tarit et semble s'atrophier.

3° Il est également possible d'envisager l'exclusion d'un rectum présentant une affection bénigne, en particulier un rétrécissement congénital ou acquis. La même technique que pour le mégacolon est alors employée. Nous n'avons pas eu personnellement encore l'occasion de telles opérations, mais nous savons que certains de nos collègues en ont fait avec succès, et notamment pour reprendre les échecs de l'opération de Swenson.

4° L'abaissement rétro-rectal et trans-anal du côlon peut être enfin envisagé pour rétablir la continuité, soit secondairement après une opération de Hartmann, soit immédiatement après résection recto-sigmoïdienne.

Du fait de notre spécialisation nous ne pouvons que proposer cette solution, *a priori* satisfaisante.

\*\*\*

Telles sont les très intéressantes suggestions de Bernard Duhamel qui, par l'originalité de sa technique, apporte une importante contribution non seulement à la chirurgie du mégacolon, mais à la chirurgie rectale proprement dite. Titre supplémentaire s'ajoutant à ceux déjà acquis par lui et le désignant pour siéger parmi nous bientôt.

**M. Fèvre :** Je tiens à souligner l'excellente impression que les résultats que j'ai vus me permettent de donner de l'opération de Bernard Duhamel.

Certains des opérés de Duhamel l'ont été dans le service et ses premiers cas concernaient des enfants en mauvais état général. Il a cherché pour les mégacôlons une technique moins sérieuse que l'opération de Swenson et ses dérivés ; les résultats que j'ai pu constater étaient excellents.

Pour les abouchements anormaux du rectum, les résultats obtenus m'ont encouragé à essayer cette technique qui m'a donné un excellent résultat.

La question de l'exstrophie vésicale est sûrement plus complexe. Bernard Duhamel, comme il l'indique, cherche à obtenir une technique précise pour obtenir une continence prolongée. D'autre part, il faut un sérieux recul pour savoir ce que deviendront uretères et reins. Pour l'exstrophie vésicale, il faudra donc encore l'épreuve de temps pour savoir les résultats exacts de l'ingénieux procédé de Duhamel.

**M. Henri Redon :** J'avais été très intéressé par la technique imaginée par Duhamel, bien que s'adressant aux enfants.

Je l'ai transposé à l'adulte dès 1957 et j'en ai été tellement enthousiasmé que je l'ai actuellement réalisé quatre fois en me conformant à son texte.

Cette façon de faire donne une sécurité qui me paraît totale : elle assure au chirurgien une tranquillité absolue et, au malade, après des suites sans histoire, une incontinence qui, dans mes quatre observations fut parfaite.

Tous mes opérés ont quitté la clinique entre le dixième et le treizième jour.

J'ajoute que deux tubes de dépression ont assuré la cicatrisation rapide et idéale du petit bassin.

**M. Delannoy :** J'ai été très intéressé par la suggestion de B. Duhamel de rétablir la continuité colo-rectale après opération de Hartmann par son procédé. J'ai dû, en 1952, avoir recours à un artifice très voisin. Au cours d'une opération de Babcock, par suite d'incidents multiples, j'ai été amené, après avoir fermé le rectum, à abaisser le bout colique au périnée rétro-anal. Plus tard, à la demande du malade de rétablir la continuité, j'ai disséqué le côlon abaissé sur 6 à 8 cm et je l'ai engagé dans l'ampoule rectale après avoir dilaté le sphincter

et incisé la face postérieure du rectum. Ne faire aucune suture. Petit drain précoccy-sacré. La guérison se fit sans incident. Nous n'avons pas eu l'occasion de répéter cette technique qui ne peut rendre des services que dans des cas très particuliers.

**M. Marcel Roux :** Je n'ai pas la pratique de la chirurgie colique de l'enfant et je ne parlerai pas sur la communication de B. Duhamel.

Mais je ne crois pas, quant à moi, que la méthode vaille d'être transposée à l'adulte.

Elle me paraît plus compliquée et moins anatomique et pour tout dire moins recommandable que la résection par voie abdominale antérieure, qui donne avec une égale sécurité et dans des délais comparables un résultat fonctionnel parfait.

**M. R. Couvelaire :** Dans le traitement d'une infirmité aussi terrible que l'exstrophie vésicale, il paraît indispensable d'être assuré que la continence fécale est parfaite après l'abaissement trans-sphinctérien du côlon et c'est pour-quoi je serai reconnaissant à mon ami J. Hepp de me donner sur ce point les apaisements que je souhaite.

### Deux cas d'absence d'appendice,

par M. Gérard Patoir (de Lille).

Rapport de M. André Sicard.

Ce n'est pas sans hésitation et sans surprise que, par deux fois, le Dr Gérard Patoir s'est trouvé dans l'obligation de conclure, après de vaines recherches, à l'absence d'appendice.

Voici d'abord ses deux observations :

**OBSERVATION I.** — M. Marcel D..., âgé de 35 ans, nous est adressé par le Dr Baly pour un syndrome douloureux du flanc droit. La douleur est à peu près constante et date de quelques mois. L'état général est médiocre. On a noté de petits troubles digestifs : nausées, alternatives de diarrhée et de constipation. Une intervention est proposée au malade.

A l'exploration, le caecum est normal, en place. Son extériorisation s'effectue sans difficulté, mais c'est en vain qu'on cherche l'appendice. L'iléon est normal et s'abouche à sa place habituelle. Nous dégageons le méso à la recherche d'un appendice inclus, sans succès. L'intersection des trois bandes longitudinales est lisse. Il n'y a pas d'appendice.

Nous avons pensé à une auto-amputation, mais il n'y avait aucune séquelle inflammatoire et nous avons essayé, en pure perte, d'extirper d'une mémoire que nous pensions défaillante, le souvenir d'une crise douloureuse antérieure. Il n'y avait pas de passé abdominal.

Chose paradoxale, l'intervention a soulagé le malade.

**Obs. II.** — M<sup>lle</sup> Christine D..., âgée de 17 ans, nous est adressée pour appendicectomie. Elle se plaint de la fosse iliaque droite. Il existe un point douloureux au niveau de la région appendiculaire, sans troubles digestifs. L'appareil génital est normal. Il n'y a pas de troubles des règles. Le toucher vaginal n'éveille aucune douleur. La famille insiste pour l'intervention en raison d'antécédents familiaux : un frère aîné a dû être opéré d'urgence pour péritonite appendiculaire.

Cette intervention nous permet de constater que le caecum est normal, ainsi que l'iléon. Cette fois encore nous ne trouvons pas d'appendice. A l'intersection des bandelettes existe un minuscule cul-de-sac que nous réséquons aux fins d'examen. Suture et enfouissement.

L'examen anatomo-pathologique n'a montré qu'un tissu fibreux sans élément pouvant faire penser à un fragment d'appendice.