

DATE: Friday, January 30, 2015

Odyssey

ILLiad TN: 200983



ILL Number: 37123100



Ariel:



E-Mail :

hslsdoc@pitt.edu

HSLSDOC@PITT.EDU

Borrower: PAUPIT



Fax: 412-648-9020

DATE: Friday, January 30, 2015

Charge

Maxcost: \$15.00

E-Mail :



OCLC - NDK / Docline - NCUDUK
Duke Medical Center Library - ILL
Box 3702 DUMC
Durham, NC 27710-3702
Phone: 919-660-1138
Fax: 919-660-1188

NOTICE: THIS MATERIAL MAY BE
PROTECTED BY COPYRIGHT LAW
(TITLE 17 U.S. CODE)

Call #: M00266829X

Location: LSC

Journal: **Presse médicale**

Vol: **64 (95)** Date: **Dec 26 1956** Pgs:
2249-50

Article

Author: DUHAMEL B

Title: [New operation for congenital
megacolon: retrorectal and tr

Shipping Address:

Health Sciences Library System - ILL
University of Pittsburgh
3550 Terrace Street 200 Scaife Hall
Pittsburgh, PA 15261

Patron: DE LA TORRE, LUIS - TN: 271954

Problems with this document ?

Missing Page(s): _____

Edge(s) Cut Off: _____

Unable/Difficult to Read: _____

For replacement pages, please contact ASAP.

PLEASE AWAIT INVOICE

THANK YOU FOR USING OUR SERVICES

\$11.00

être bilatéraux et synchrones dans les régions frontales, ou recueillis, tantôt à droite, tantôt à gauche (le plus souvent de ce dernier côté), dans les régions temporales.

On doit surtout remarquer que ces anomalies ont une morphologie très comparable à celles du frère, épileptique essentiel. Certains paroxysmes ont un aspect exactement semblable (fig. 1 et 2).

Le malade a été revu récemment; il n'a fait aucune crise depuis deux ans, tout en suivant son traitement; son tracé est comparable au premier.

OBSERVATION II. — Mme Hu..., 51 ans. Accidents comitiaux depuis l'âge de 32 ans. Au début, impression de striction thoracique avec obnubilation de conscience de courte durée. Trois ans plus tard, crises de Grand Mal précédées de la même aura. Depuis répétition des crises au rythme de trois ou quatre par an.

Deux tracés exécutés, l'un en 1951, l'autre en 1954, montrent des décharges d'ondes thêta pointues, tantôt bilatérales, tantôt prédominant nettement à gauche.

Il existe des antécédents familiaux chargés: un frère a fait deux crises nerveuses fort suspectes, à l'âge moyen de la vie également. Par ailleurs la fille de la sœur (nièce propre de la malade) a vu apparaître une comitativité de type essentiel à l'âge de 9 ans, également précédée d'une aura épigastrique; son tracé est comparable à celui de sa tante, avec la même morphologie des décharges et la même prédominance pour l'hémisphère gauche (fig. 3).

Dans ces deux observations nous notons l'importante notion d'épilepsie chez des collatéraux; dans un cas un recul de dix-neuf ans depuis la

première crise; mais surtout l'aspect si comparable des décharges électriques chez les deux parents.

La réhabilitation de l'idée ancienne d'un terrain constitutionnel particulier permettra peut-être de comprendre mieux certaines épilepsies généralisées, apparaissant même à l'âge moyen de la vie et qui ne font jamais leur preuve.

Ainsi, peu à peu, se précise la valeur des signes électriques dans la recherche d'une étiologie à ces épilepsies généralisées apparaissant à l'âge moyen de la vie, sans signes cliniques d'accompagnement.

S'il n'existe pas actuellement de critères électriques formels permettant d'écarter la lourde hypothèse d'une tumeur cérébrale encore muette, il nous a semblé intéressant d'attirer l'attention sur deux faits:

1° la fréquence des tracés normaux ou subnormaux dans l'épilepsie alcoolique;

2° la réalité de certaines épilepsies essentielles à début tardif, les paroxysmes électriques à point de départ centre-encéphaliques pouvant être interprétés soit comme la réponse d'une lésion (située même à distance), soit comme un dysfonctionnement constitutionnel retrouvé alors, de façon exactement comparable, chez des proches parents.

(Service de Neurologie
[Pr H. GIROIRE, Nantes].)

NOTE

DE TECHNIQUE CHIRURGICALE

Publiée sous la Direction de L. LEGER

Une nouvelle opération pour le mégacolon congénital : L'abaissement rétro-rectal et trans-anal du côlon et son application possible au traitement de quelques autres malformations

Par Bernard DUHAMEL (Paris)

L'opération que Swenson a mise au point, et qui a été universellement adoptée, a apporté, pour la première fois, une solution satisfaisante au problème thérapeutique du mégacolon congénital. Il s'agit cependant — aux dires mêmes de son auteur — d'une intervention délicate, qui ne doit être pratiquée que par des chirurgiens compétents. Gross qui, après Swenson, possède la plus importante expérience de cette chirurgie, estime qu'il s'agit d'une méthode thérapeutique certainement bien supérieure à toutes les autres, mais qui cependant n'est pas encore complètement parfaite.

L'opération de Swenson est en effet passible d'un certain nombre de reproches que l'on peut résumer ainsi:

1° Gravité vitale du temps pelvien de l'exérèse du rectum, particulièrement chez le nourrisson: Swenson fait état de 4 morts sur 20 opérés de moins de six mois. Bodian considère que l'opération ne se justifie que dans les formes graves de la maladie de Hirschprung, rebelles au traitement classique. Klein et Scarborough conseillent de ne faire qu'une colostomie chez les nourrissons, et de reporter à la 2^e ou 3^e année le traitement radical.

2° Danger de cette exérèse pour la fonction sphinctérienne anale (Petit signale 3 incontinences sur 12 opérés revus à distance), pour la fonction génitale (D. State) et pour la fonction vésicale, enfin, comme tous les opérateurs ont pu le constater.

3° Etant donné la conservation du sphincter anal, la résection du rectum, malgré son étendue, reste souvent insuffisante vers le bas: Gross, Bodian,

Ehrenpreiss, Turnbull et McCormack ont rapporté des cas de récurrence complète. Même en l'absence de récurrence vraie, le résultat fonctionnel est assez souvent médiocre.

4° Fragilité de la suture immédiatement réintégré, qui est susceptible de désunir en partie ou en totalité, d'où possibilité de péritonites mortelles (Gross, Bodian, Rehbein), d'abcès pelviens (7 fois sur 23 opérations de Hiatt) ou de fistules.

5° Fréquence du rétrécissement post-opératoire de l'anastomose, qui est signalé par tous les

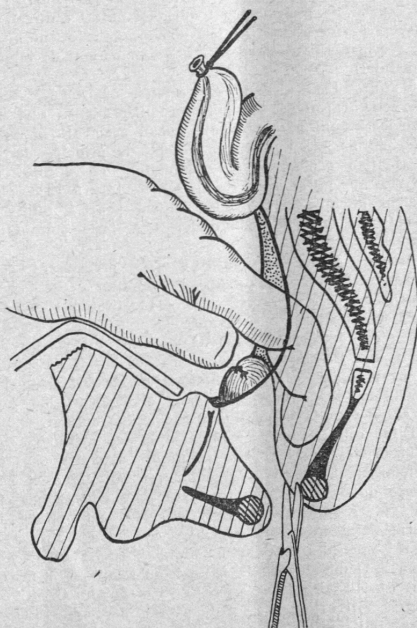


Fig. 1. — Abaissement rétro-rectal et trans-anal du côlon [I]. (Coupe sagittale schématisée du petit bassin) : Fermeture du rectum comme dans l'opération de Hartmann. Résection du sigmoïde anormal. Clivage médian avec le doigt de l'espace cellulaire rétro-rectal. Incision rétro-anales entre la paroi du canal et le sphincter externe.

auteurs. Dans 2 cas de C. M. Lee l'établissement d'une colostomie permanente a été nécessaire.

La proportion des mauvais résultats de la recto-sigmoïdectomie abdomino-transanale est évaluée à 15 sur 150 par Swenson lui-même, 6 sur 26 par Bodian, 11 sur 17 par Rehbein. C'est en raison de ces inconvénients que David State, Nissen, puis tout récemment Rehbein ont renoncé à l'opération de Swenson pour recourir à nouveau à la résection abdominale pure complétée par la dilatation sphinctérienne. Il s'agit probablement là d'une réaction de recul excessive, puisque l'on sait que dans la plupart des cas le bas rectum et le sphincter anal sont eux-mêmes malformés. On peut également faire la même objection à Weiss et Hollender qui viennent de proposer une ingénieuse technique de recto-sigmoïdo-myotomie inspirée de l'opération de Heller, puisqu'ils ne poursuivent pas leur incision extra-muqueuse au-dessous du Douglas, et qu'ils doivent la compléter par des dilatations anales.

★ ★

Dès notre première opération de Swenson, en Avril 1950, nous avons adopté une technique modifiée puisque nous avons pratiqué l'anastomose sans suture par extériorisation temporaire à la manière d'André Toupet; nous avons ensuite, ainsi que nos collègues des Enfants-Malades, supprimé le temps de résection abdominale, en utilisant la bougie à retournement comme Hiatt et Grob l'ont conseillé; nous avons même aussi abaissé le côlon transverse à l'anus, ce qui nous permet de dire que la « technique habituelle » de la clinique chirurgicale infantile, telle que Lehmann l'a exposée dans sa thèse, si elle est toujours appelée « opération de Swenson », reproduit en fait, point par point, l'opération d'André Toupet.

TECHNIQUE

Ayant à traiter, en Janvier 1956, un nourrisson de six mois qui présentait une forme précocement toxique de la maladie de Hirschprung, dont la gravité générale était telle que la recto-sigmoïdectomie d'emblée ne semblait pouvoir être raisonnablement envisagée, et répugnant à la colostomie palliative, nous avons imaginé et réalisé une opération simplifiée, qui a été parfaitement supportée par l'enfant et qui a donné un résultat fonctionnel rapidement excellent. Nous avons mis au point notre technique à l'occasion de cinq nouvelles opérations et nous pensons pouvoir la présenter maintenant que nous pouvons juger avec un recul suffisant du résultat de nos premiers essais.

Les principes de notre opération sont les suivants:

1° Par voie abdominale le rectum est coupé, fermé et enfoui au fond du Douglas comme dans une opération de Hartmann.

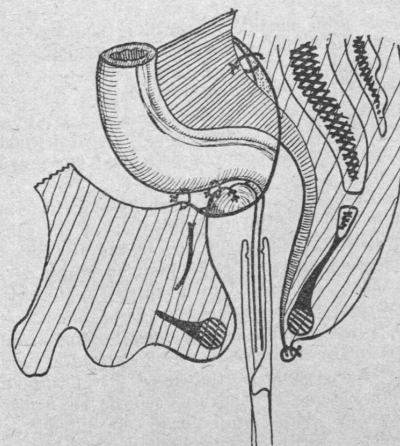


Fig. 2. — Abaissement rétro-rectal et trans-anal du côlon [II]. (Coupe sagittale schématisée du petit bassin) : La tranche postérieure du côlon abaissé est suturée à la peau rétro-anales. Deux pinces de Reverdin amarrent la paroi colique à la paroi rectale et assurent en quelques jours une large entérotomie longitudinale.

2° Après résection de la zone rétrécie recto-sigmoïdienne et de l'anse mégacolon, habituellement atone et incrustée de fécalmes, le colon pelvien restant est mobilisé par les sections vasculaires nécessaires pour pouvoir l'abaisser. Son extrémité est fermée et amarrée par un gros fil.

3° L'espace cellulaire rétro-rectal est clivé sur la ligne médiane, avec le doigt ou la main, jusqu'au niveau du plancher musculaire.

4° Par voie périnéale, et après dilatation anale, une incision est faite sur la demi-circonférence postérieure de la ligne ano-cutanée. La paroi propre du canal anal est séparée de la face interne du sphincter externe avec des ciseaux mousses, puis, en effondrant quelques fibres longitudinales au bord supérieur de ce muscle, on rejoint le décollement rétro-rectal effectué par voie haute.

5° Un clamp courbe, introduit par cette ouverture, va chercher le fil amarrant le moignon colique, et l'intestin est abaissé jusqu'au plan de l'incision cutanée. La tranche colique, une fois ouverte, est suturée sur sa moitié postérieure à la lèvres postérieure, cutanée, de l'incision rétro-anales.

6° Deux pinces de Kocher-Reverdin dont une branche est introduite dans le colon abaissé, l'autre dans le rectum, sont placées en V, les extrémités de leurs mors réunies haut dans le rectum, leurs bases écartées jusqu'aux angles latéraux de l'affrontement colo-anal. Une fois serrées elles amarrent solidement le colon abaissé, qui ne peut se rétracter, elles réalisent l'hémostase et elles assurent en quelques jours une large entérotomie, anastomosant longitudinalement le colon abaissé et le rectum abandonné.

Un rectum définitif est ainsi constitué, dont la partie antérieure, aganglionnaire, reste collée mais assure le contrôle réflexe de la fonction de la défécation, et dont la partie postérieure, colique, assure la motricité.

A notre avis les avantages de cette technique opératoire sont les suivants :

— Suppression complète de la dissection du rectum dans le pelvis (temps le plus choquant de l'opération de Swenson), et élimination du danger urinaire et génital.

— Remplacement de l'anastomose termino-terminale, qui peut désunir ou se rétrécir, par une entérotomie progressive de grande étendue.

— Abaissement du colon fonctionnel jusqu'à la marge de l'anus tout en préservant intégralement l'appareil neuro-musculaire sphinctérien, et en conservant une importante surface de la zone réflexogène ano-rectale.

★ ★

La facilité et la rapidité technique de l'abaissement rétro-rectal et transanal nous ont permis d'en envisager quelques applications autres que le traitement du mégacolon congénital :

— Sans modifications il peut apporter une solution nouvelle au problème du rétablissement secondaire de la continuité après opération de Hartmann, dans les cas où la longueur de l'anse sigmoïdienne restante permet l'abaissement au périnée.

— A peine modifié, il constitue une excellente solution au difficile problème thérapeutique posé par les abouchements anormaux du rectum (anus périnéaux, vulvaires ou scrotaux). Les transpositions par voie périnéale donnent en effet plus de 50 % d'échecs et les résections avec abaissement par voie abdomino-périnéale présentent une gravité certaine.

En de tels cas, le rectum malformé est fermé au fond du Douglas et abandonné, et le colon immédiatement sus-jacent est abaissé par 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 permet enfin de ressusciter l'opération que notre maître Hovelacque avait proposée, avec Heitz-Boyer, pour le traitement de l'extrophie vésicale puisque la tendance actuelle en matière d'anastomoses urétéro-intestinales est d'implanter les urètres dans un segment colique préalablement isolé.

(Travail de la clinique chirurgicale infantile de la Faculté de Médecine de Paris [Pr M. FEVRE] et du service de chirurgie infantile de l'hôpital de Saint-Denis [Pr Agr. B. DUHAMEL].)

IV^e SYMPOSIUM DE L'ASSOCIATION EUROPÉENNE CONTRE LA POLIOMYÉLITE

(CLINIQUE PÉDIATRIQUE DE L'UNIVERSITÉ DE BOLOGNE, 20-22 SEPTEMBRE 1956).

Par G. DINGEMANS (Lausanne)

Le 4^e symposium de l'Association Européenne contre la Poliomyélite (Association internationale à but scientifique) vient de se réunir à Bologne sous la présidence du Pr FANCONI, de Zurich, où avait eu lieu le 3^e symposium de 1955. (Dr RECHT, Bruxelles, secrétaire de l'Association).

Le problème de la vaccination antipoliomyélitique du Pr SALK (U.S.A.) et du Pr LÉPINE (Paris), qui avait fait l'objet des principales préoccupations de la réunion de Zurich, souleva également le principal intérêt de l'assemblée de Bologne composée de 157 membres inscrits, représentant 24 nations d'Europe.

Le problème des causes obscures simulant la poliomyélite, la réduction de la marche dans la poliomyélite, et l'organisation des centres de rééducation, furent les trois autres sujets abordés dans les communications et les discussions du Congrès.

LES VACCINATIONS

On sait à quel point la vaccination de Salk a été diffusée avec enthousiasme aux Etats-Unis. Le chiffre considérable de 60 millions de doses de vaccins employées a été enregistré en date du 1^{er} Juillet 1956.

En 1954 et 1955, l'isolement des 3 types d'anticorps correspondant aux 3 types de virus de la poliomyélite et la preuve de l'action immunisante différentielle de ces éléments ont été faits. Les statistiques établies grâce à l'expérience faite aux U.S.A. sur une échelle immense, ont pu déterminer la certitude de la protection opérée par le vaccin de Salk contre la maladie, bien qu'avec une efficacité relative. Selon les régions, 2 à 4 sujets sur 10 semblent ne pas avoir retenu l'effet de la vaccination et ont contracté tardivement une poliomyélite. Mais incontestablement, les ravages des épidémies ont été en grande partie neutralisés dans les milieux vaccinés par rapport aux milieux non vaccinés servant de tests de comparaison pour une même ère géographique (vaccination factice à l'eau et enregistrement pour contrôle médical des vaccinés et des non vaccinés).

On connaît les accidents (dont quelques-uns mortels) qui ont eu lieu aux U.S.A. à la suite de l'emploi de certaines souches.

Ces accidents ont jeté le trouble et la confusion dans les milieux médicaux du monde entier et agité l'opinion publique. La plupart des pays, à l'exception du Canada et du Danemark, arrêteront les expériences entreprises. Beaucoup restèrent dans la méfiance et l'expectative, alors que les journaux avaient annoncé dangereusement, et trop précocement, que la paralysie infantile était définitivement vaincue.

Cependant, les Américains prouvèrent que les accidents avaient été causés par des virus restés vivants dans des préparations de vaccins mal contrôlées.

Loin de diminuer la diffusion, ils sont parvenus, avec le Canada, le Danemark (et quelques autres centres), à appliquer aujourd'hui jusqu'à une centaine de millions de vaccinations (comprenant 2 à 3 vaccinations de rappel par sujet).

L'année 1956 a donc été capitale pour l'évolution de cette expérience gigantesque. Cependant, seul le Danemark, qui n'a enregistré aucun accident sur près d'un million de vaccinés, a accepté le principe de la vaccination généralisée et systématique en Europe. Il est vrai que les épidémies danoises, de 1952 à 1953, qui avaient atteint quelque 5 000 sujets pour 4 millions d'habitants, ont pu déterminer une forte immunité naturelle.

Pendant ce temps, plusieurs pays préparèrent des variantes du vaccin Salk. Le Pr LÉPINE a particulièrement arrêté à Montréal, puis à l'Institut Pasteur de Paris, une méthode perfectionnée de préparation assurant une sécurité parfaite dans la maîtrise du sérum et établi une technique de détermination des 3 anticorps et un principe de « vaccination dirigée » selon la répartition des anticorps naturels et l'absence de ces anticorps dans la population d'une région donnée.

Il fut convenu que le principe et les méthodes de diffusion ne pouvaient être identiques dans les pays à épidémies catastrophiques, comme en Amérique et en Europe du Nord, ou des pays à formes endémiques et peu graves (milieux pauvres) ou dans une situation intermédiaire (à foyers variables comme en France). On sait que des courbes illustrant l'histoire et l'évolution épidémiologique de la maladie selon les 3 races de virus, ont été établies selon les pays (Payne, O. M. S., Congrès international de Poliomyélite de Rome, 1954) et que ces courbes se superposent, mais avec un décalage d'un nombre variable d'années selon les pays. Ainsi, on pourrait prévoir que la France, d'ici une dizaine d'années, devrait atteindre le stade d'évolution épidémiologique qui était en cours en Amérique et en Europe du Nord avant l'action interférente du vaccin Salk. Mais on comprend que des pays tels que l'Italie (communication de Cramarossa, directeur médical de

l'Hygiène et de la Santé publique en Italie) qui sont à un stade encore plus retardé que la France quant aux manifestations de la maladie, considèrent comme inutile et peut-être encore peu sûr d'engager la responsabilité d'une vaccination sur une grande échelle.

Le Pr LÉPINE considère, par contre, que le vaccin est suffisamment au point, efficace et sans danger pour pouvoir être utilisé dès maintenant sur une vaste échelle, en particulier en cas d'épidémie et autour des foyers d'épidémies naissantes, afin de constituer des barrages humains et des sortes d'emprisonnements des foyers infectieux. Il estime que lorsqu'on dispose de faibles doses de vaccin, il est préférable de canaliser la diffusion aux sujets dont l'examen du sang a montré l'absence d'anticorps, mais si l'on dispose d'une quantité illimitée de matériel, il est parfaitement concevable de donner le vaccin même aux sujets possédant des anticorps, cette méthode étant susceptible de renforcer les caractères immunisants déjà existants. Le principe est fondé sur le phénomène des injections de rappel, injections qui s'avèrent absolument nécessaires pour donner une valeur effective à l'immunisation chez les sujets traités par l'artifice de l'action de virus morts, en effet, l'action biologique de ceux-ci est fondamentalement différente de la manière dont la nature s'y prend pour immuniser naturellement des masses humaines ayant contacté des virus vivants.

Spolverini (Italie) a insisté sur la méconnaissance que nous avons encore des mécanismes biologiques utilisés par la nature pour donner à l'évolution et à l'immunisation de la poliomyélite les différentes formes que nous lui connaissons et sur l'inconnu que représente la manière dont répondra la nature d'ici quelques années après l'intervention massive du vaccin. Des sujets ayant un fort taux d'anticorps peuvent faire quand même des formes paralytiques graves, alors que des sujets n'ayant pas d'anticorps ne seront pas malades bien que « plongés » dans une grande épidémie. Il estime que la vaccination par virus morts présente un artifice insuffisant et que le virus vivant reproduit seul les conditions d'immunisation naturelle.

Lépine pense que le problème d'une vaccination par « virus vivants atténués » est un problème nouveau et ouvert pour l'avenir. Il ne pense pas que la sensibilité à la forme paralytique de la maladie soit différente selon les races humaines, mais que seuls le pourcentage et la répartition des individus immunisés naturellement pour une région donnée et surtout l'âge de l'immunisation (éventuellement par le lait maternel) jouent un rôle quant à l'apparence des diverses sensibilités selon les peuples. La poliomyélite dépend des conditions de vie, non du type humain. Pourtant, les Américains auraient observé que même, à quantité égale de cas, les sujets d'origine noire africaine feraient des formes paralytiques moins graves que les Européens, alors que les Danois ont prouvé (lors des épidémies danoises transmises au Groenland en 1952-1953) que, compte tenu de l'isolement virologique de peuplades primitives, les races mongoles et esquimaux faisaient des formes foudroyantes de la poliomyélite. Nous-mêmes avons pensé que si 1 individu sur 1 000 au maximum faisait des formes paralytiques au cours des épidémies les plus graves, alors que les autres sujets ne fabriquaient (et en partie seulement) que les anticorps sans exprimer de maladie, c'est que nous devions faire entrer la notion de la théorie biologique de la disposition exceptionnelle de certains individus, en qualité de personnalité bio-génétique, à une sensibilité d'ordre allergique. Ce certains tissus nerveux à la toxine sécrétée par le virus. Seuls ces sujets (1 pour 1 000) seraient en quelque sorte « prédestinés » depuis leur enfance (une fois éliminés les éventuels anticorps transmis par la mère) à faire des formes paralytiques ou mortelles de la maladie, à n'importe quel âge où le virus viendrait les frapper pour la première fois.

La gravité de la maladie dépendrait davantage du degré de sensibilité « pré-existante » à la simple présence