

elle reparait après réduction, la laparotomie immédiate s'impose. »

Avant d'aborder l'étude de cette opération aujourd'hui classique, il convient de dire un mot de l'anus artificiel détrôné par elle dans la généralité des cas.

TRAITEMENT CHIRURGICAL

A. Anus artificiel. — Dans l'opération de l'anus artificiel, on fait bien en réalité une laparotomie, mais seulement pour rendre accessible une anse intestinale et pour l'ouvrir à l'extérieur, sans s'inquiéter de la recherche et de la réduction de l'obstacle au cours des matières. En agissant ainsi, on ne guérit pas la maladie, on se contente d'ouvrir une soupape de sûreté, qui permet de gagner du temps.

Dans une première période, au XVIII^e siècle, l'anus artificiel est fait sur le gros intestin de préférence; plus tard, dans la première moitié du XIX^e siècle, on fait l'anus artificiel sur l'intestin grêle (MAISONNEUVE, NÉLATON), et on obtient des succès.

L'entérotomie, jusqu'à l'avènement de l'antisepsie, est restée le traitement chirurgical de l'occlusion intestinale. Mais, peu à peu, grâce au progrès de l'antisepsie chirurgicale, elle a perdu la faveur générale. Peyrot, dans sa thèse d'agrégation, a bien montré la valeur comparative de l'entérotomie et de la laparotomie.

Cette dernière opération, regardée aujourd'hui comme inoffensive par les chirurgiens, ne pouvait manquer de supplanter son aînée.

B. Laparotomie. — La laparotomie largement faite a un double avantage : 1^o elle permet d'assurer ou de compléter le diagnostic, et, par suite, d'arriver au traitement radical, à la suppression de l'obstacle; 2^o si cet obstacle ne peut être levé, elle rend plus facile l'opération de l'entérotomie.

Mais, sans insister sur ces avantages théoriques, voyons les résultats obtenus par les chirurgiens.

C'est dans le traitement de l'invagination intestinale qu'on peut le mieux apprécier la valeur de la laparotomie; la gravité et la marche rapide des accidents rendent le danger pressant et

la cure difficile; aussi ne doit-on pas demander au chirurgien des résultats aussi brillants que dans les autres variétés d'occlusion intestinale. Et d'ailleurs, si le chirurgien ne parvient que rarement à sauver ses malades par la laparotomie, c'est parce qu'il est appelé trop tard, après que tous les moyens non sanglants ont été essayés, sans autre effet que d'affaiblir les sujets. Ashurst donne une mortalité de 75 p. 100; Curtis, 76 p. 100 (cas aigus observés surtout chez les enfants); Braun, Barker, 78 p. 100. Barker dit que, sur 23 enfants désinvaginés, après la laparotomie, 5 seulement ont guéri. Treves, sur 18 cas au-dessous de 2 ans, obtient 4 guérisons et 14 morts; sur 4 cas de 3 à 15 ans, 4 morts. Mais ces statistiques comprennent des cas opérés *in extremis* et suivant une technique imparfaite, des cas compliqués de résection intestinale, d'anus contre nature, d'entéro-anastomose, etc.

Wiggin, après avoir cité une mortalité générale de 67,2 p. 100, distingue les opérations faites avant 1889 et celles qui ont été faites après. Les premières donnent une mortalité de 84 p. 100.

Parmi les secondes, éliminant les cas mal opérés, il trouve 14 guérisons sur 18 cas (mortalité 22,2 p. 100). Ces chiffres encourageants s'appliqueraient aux cas aigus et opérés de bonne heure. Jalaguier cite 5 succès récents obtenus chez des enfants de moins de 1 an opérés rapidement. Les statistiques deviendront satisfaisantes quand on aura pris pour règle d'opérer le plus tôt possible, comme on le fait dans la hernie étranglée.

Au point de vue opératoire, voici les conseils donnés par Jalaguier : ouverture du ventre sur la ligne médiane, ou sur la tumeur quand son siège sera bien déterminé.

L'incision médiane donne plus de liberté pour l'exploration de la cavité abdominale et la recherche de l'obstacle. Si l'intestin est sain, sans gangrène ni perforation, on s'efforce de le désinvaginer avec douceur, en repoussant le boudin de bas en haut, en agissant par pression circulaire à travers sa gaine; on referme l'abdomen après s'être bien assuré de l'intégrité des organes; on établit un drainage, s'il y a quelque tache suspecte sur l'intestin. Si l'intestin est malade, enflammé, perforé, gangrené, si l'invagination est irréductible, il faut réséquer les parties malades, faire une entérectomie, opération longue, délicate, peu fructueuse; quand la gaine est saine, on l'incise