

qu'il a dépassé le rectum et envahi les organes voisins. Lorsque l'immobilité est totale, absolue, la tumeur a sûrement des prolongements lointains, peut-être jusqu'aux os. Il n'y a qu'à s'abstenir; la contre-indication est formelle.

Le cas est plus embarrassant lorsque l'immobilité n'est que partielle. Il faut chercher alors avec quels organes la tumeur a contracté des adhérences. Si c'est avec la cloison recto-vaginale, l'opération reste possible, mais le pronostic en est grave.

Les adhérences à la prostate donnent lieu à des divergences d'appréciations. Quénu a constaté, je l'ai déjà dit, que ces adhérences n'indiquaient pas toujours un envahissement de la glande, qu'elles pouvaient être purement inflammatoires. Aussi ne les considère-t-il pas comme une contre-indication opératoire. Czerny, Bardenheuer conseillent aussi l'opération dans ces cas-là. Mais ces opérations sont graves, et les résultats définitifs bien hasardeux.

Quand la vessie est prise, je crois qu'il vaut mieux s'abstenir.

Dans ces contre-indications, on ne tient pas un compte suffisant de l'adénopathie. C'est qu'il est bien difficile d'être renseigné sur l'état des ganglions. Les ganglions inguinaux sont faciles à sentir; mais ils n'ont d'importance que lorsque l'anus est envahi primitivement ou secondairement. Dans les cancers du rectum proprement dit, ce sont les ganglions sacrés, lombaires et hypogastriques, qui sont pris. Or, on ne sait pas exactement à quelle époque ils le sont, et cliniquement, hormis les cas où il existe de grosses tumeurs cancéro-inflammatoires, il est bien difficile de se rendre un compte exact de leur état.

Il faut ajouter à cela que certains cancers mobiles peuvent être rendus inopérables par des adhérences avec des anses intestinales. Les indications opératoires sont donc bien difficiles à préciser en pratique. Aussi a-t-on conseillé, pour les fixer, de faire une laparotomie exploratrice. L'abdomen ouvert, on peut y introduire la main, palper la tumeur, reconnaître ses limites, les adhérences intestinales, l'état des ganglions. Ce moyen d'exploration est incontestablement capable de fournir des renseignements précis sur l'état des lésions. Mais il pourra sembler bien excessif de faire une laparotomie exploratrice dans le seul but de reconnaître si un cancer du rectum est opérable. Ce qui justifie dans une certaine mesure cette façon de faire, c'est qu'il est souvent indiqué, tant pour mener à bien l'extirpation du cancer s'il est opérable, que pour pallier aux accidents s'il ne l'est pas, d'établir un anus contre nature. Ainsi la laparotomie n'apparaît plus comme une opération exploratrice. On ouvre l'abdomen pour établir l'anus artificiel, et on profite de cette ouverture agrandie, mais nullement aggravée, pour pratiquer une exploration utile.

On voit que nous sommes dans une phase de tâtonnement et d'incertitude. On a abandonné les anciennes règles qui étaient simples, précises, mais peut-être un peu étroites, pour étendre les indications.

Celles-ci sont devenues par là même très flottantes. Elles le resteront forcément jusqu'à ce que des faits assez nombreux nous apprennent si les malades bénéficient réellement de la nouvelle pratique.

Nous avons à étudier, au point de vue de la technique, le traitement palliatif et le traitement curatif.

Le TRAITEMENT PALLIATIF comprend trois méthodes: 1° la rectotomie; 2° le curettage; 3° l'anus artificiel. — Je ne parlerai pas de la dilatation, qui ne peut évidemment rien donner.

J'ai déjà parlé de la rectotomie externe, la seule dont il puisse être ici question, à propos des rétrécissements (voy. p. 442). J'ai dit que c'était une opération mauvaise. Elle n'est pas meilleure en cas de cancer. Et même aux inconvénients que j'ai déjà signalés s'en ajoute un autre. Comme elle n'empêche pas les matières fécales de venir au contact des bourgeons néoplasiques, elle ne supprime ni l'irritation ni les douleurs qu'elles déterminent. Je crois donc que cette opération doit être abandonnée.

Par le *curettage* on enlève les bourgeons saignants et suintants; par ce fait on diminue la suppuration et les hémorragies; de plus, on agrandit le calibre intestinal, et on obvie aux phénomènes d'obstruction. Le curettage semble donc avoir de grands avantages; mais ceux-ci sont plus apparents que réels. Le résultat est toujours transitoire. Les bourgeons néoplasiques repullulent avec une grande rapidité, les accidents reparaissent et on est obligé de recommencer fréquemment l'opération. En outre, le curettage a de nombreux inconvénients. Il expose à des hémorragies parfois assez considérables pour affaiblir les malades et hâter leur fin. Il expose à pénétrer dans des cavités naturelles, vessie, vagin, urètre, déjà envahies par le néoplasme, mais dont les parois auraient pu résister encore un certain temps. Enfin, il peut être la source d'accidents infectieux. Aussi je crois qu'il faut être très ménager du curettage en tant que méthode palliative. Il me paraît surtout indiqué comme préparation à une opération curative pour mettre la région dans de meilleures conditions d'asepsie.

L'anus artificiel constitue, au contraire, une excellente méthode palliative.

Les matières fécales complètement détournées n'irritent plus la tumeur; les douleurs et l'irritation causées par leur passage sont supprimées.

Le bourgeonnement néoplasique devient moins rapide, les hémorragies plus rares et la suppuration diminue. Sous l'influence de ces améliorations locales et de la disparition des accidents de rétention, l'état général des malades s'améliore. Non seulement les dernières périodes de leur vie sont rendues moins pénibles, mais elles sont allongées. Aussi a-t-on peine à comprendre que l'anus artificiel ait été si difficilement accepté. D'abord vanté par les Anglais, il a été chau-

dement défendu en France par Trélat. Ce dernier préconisait alors l'anus lombaire ou anus d'Amussat.

Pendant des années on a discuté sur les avantages et les inconvénients relatifs de l'anus lombaire et de l'anus iliaque. Puis l'accord s'est fait, particulièrement sous l'influence des travaux de Verneuil et de Reclus.

Tout le monde s'accorde à donner la préférence à l'anus iliaque. L'anus lombaire ne serait plus indiqué aujourd'hui que dans les cas où le néoplasme remonterait si haut sur l'anse sigmoïde que l'anus iliaque deviendrait impossible. Encore vaudrait-il peut-être mieux, dans ces cas-là, pratiquer l'anus cæcal que l'anus lombaire.

Il n'est pas d'opération plus simple et plus bénigne que la colotomie iliaque. L'indication formelle est d'établir un anus à éperon, de manière à dériver la totalité des matières. Il n'est point nécessaire pour obtenir ce résultat de sectionner complètement l'anse intestinale, comme faisait Madelung; il suffit d'attirer hors du ventre une anse entière et de la fixer de telle façon que les deux bouts soient accolés comme les deux canons d'un fusil. En général, quand il s'agit de cancer du rectum, il n'y a pas d'urgence, et on peut faire l'opération en deux temps. Ce n'est que dans le cas où des accidents d'obstruction exigeraient qu'on donne une issue immédiate aux matières, qu'il faudrait établir l'anus en un temps.

La technique de l'opération est très simple. On fait à deux travers de doigt au-dessus de l'arcade crurale gauche une incision de 8 centimètres dont le milieu correspond à l'épine iliaque. Quénu et Hartmann ont donné le conseil de ne pas sectionner les muscles, mais de les dissocier en écartant leurs fibres de manière à ce qu'ils forment une sorte de sphincter. Le péritoine ouvert, on cherche et on attire au dehors l'S iliaque. S'il y a des accidents d'obstruction menaçants, on la suture à la peau et on l'ouvre immédiatement. Lorsque rien ne presse, et c'est la règle, il vaut mieux faire l'anus en deux temps. La technique de Reclus est la plus simple. On transperce le méso-iliaque au ras du bord adhérent de l'intestin, et au travers de cette perforation, on glisse sous l'anse soit une sonde en gomme, soit une mèche de gaze, qui l'empêche de rentrer. On fait par-dessus un pansement compressif, et quelques jours après, lorsque les adhérences sont établies, on ouvre l'intestin au thermocautère.

PASSONS AU TRAITEMENT CURATIF. Quelque méthode que l'on emploie, il faut préparer l'opération.

Malgré l'observation des règles les plus rigoureuses de l'antisepsie, les meilleurs opérateurs ont eu une mortalité considérable par accidents septiques. Il est bien évident que le rectum, encombré de végétations ulcérées et de matières fécales, est un milieu très septique. C'est là la cause des accidents. Il faut donc préparer le terrain opératoire en le rendant aseptique autant que possible. On peut

arriver à ce résultat, ou au moins en approcher, par des procédés très différents, les uns médicaux, les autres chirurgicaux.

J'ai déjà parlé des moyens médicaux, je n'y reviens pas. Il est bien clair qu'ils ne peuvent amener une asepsie parfaite du rectum; leur insuffisance est encore plus marquée en cas de cancer, car la tumeur elle-même, irrégulière, anfractueuse, ulcérée, est un foyer d'infection. Aussi a-t-on songé à la nettoyer par un curettage énergique.

Ce curettage rend certainement des services, surtout quand les bourgeons exubérants tombent en sphacèle. Mais malgré tout, le passage des matières fécales, quelque précaution que l'on prenne d'autre part, ne permet pas d'obtenir une asepsie parfaite.

Voilà pourquoi l'on a songé à détourner complètement le cours des matières en établissant un anus artificiel à éperon. Cette idée paraît être venue simultanément à plusieurs chirurgiens, mais c'est Pollosson qui l'a exprimée le premier en 1884. L'anus artificiel permet non seulement de détourner le cours des matières, mais encore de faire de haut en bas, dans le bout inférieur, des injections, des lavages, grâce auxquels on peut le nettoyer d'une manière bien plus complète.

Une autre question s'est posée, celle de savoir à quel moment il faut pratiquer l'anus artificiel. Certains chirurgiens l'établissent quelques jours avant l'opération; d'autres exécutent dans la même séance opératoire l'anus artificiel et l'ablation du rectum. Les premiers sont en plus parfaite conformité avec la conception théorique et tirent de l'anus artificiel tout ce qu'il peut donner. Les seconds perdent son principal avantage, qui est de permettre d'opérer dans un milieu aseptique, et évitent tout simplement la contamination post-opératoire par les matières fécales. Doyen arrive au même résultat sans faire d'anus artificiel. Par une incision iliaque, il attire le colon sans l'inciser, mais arrête la circulation dans son intérieur en passant une compresse au travers de son mésentère. Il fait ainsi le premier temps de l'anus en deux temps; puis au bout de six ou huit jours, il retire la compresse et laisse l'anse herniée rentrer d'elle-même dans l'abdomen.

J'avoue que je ne comprends guère l'anus artificiel pratiqué au moment même de l'opération. Il n'a d'autre résultat que d'empêcher le passage des matières pendant le temps nécessaire à la réunion. Or il est bien certain que dans la majorité des cas on peut obtenir plus simplement le même résultat en constipant le malade avec l'opium. Aussi je suis d'avis qu'on n'est autorisé à le pratiquer que dans les cas où il est impossible de rétablir un anus normal. Mais alors il vaut mieux faire l'anus artificiel quelques jours avant l'exérèse du néoplasme. Quant à l'artifice de Doyen, je ne vois pas dans quel cas il pourrait être indiqué.

L'anus artificiel pratiqué quelques jours avant l'ablation du rectum a d'incontestables avantages. Mais la grosse question est de

savoir dans quels cas il faut le pratiquer. Quénu admet qu'il faut le faire toujours, sauf dans quelques cas « rares et spéciaux » où on peut le remplacer par le curettage. Cela est peut-être excessif. La préparation médicale, bien qu'incontestablement imparfaite, permet cependant de faire sur le rectum des opérations considérables, et il me semble que l'anüs artificiel préparatoire doit être réservé à des cas particuliers. Mais il est impossible à l'heure actuelle d'en formuler les indications précises.

Voyons maintenant les manières d'enlever la tumeur. On peut pour l'atteindre passer par des voies différentes : 1° les voies naturelles ; 2° la voie périnéale ; 3° la voie sacrée ; 4° la voie abdominale associée à la voie périnéale ou sacrée. A ces quatre voies correspondent quatre grands types d'opération.

Dans la première catégorie, je rangerai les opérations par la voie anale et les opérations par la voie vaginale.

Les indications de la *voie anale* sont tout à fait exceptionnelles. Il faut que le cancer soit bas situé, tout en respectant le sphincter, et qu'il soit très mobile. Mais quand elle est indiquée, elle est la plus simple et la plus inoffensive de toutes. J'en ai déjà parlé à propos des rétrécissements. Après dilatation de l'anüs, on attire au dehors la partie malade, on la résèque et on suture la plaie. Si le néoplasme est circulaire et que la section porte sur toute la circonférence du rectum, on peut abaisser le bord inférieur du segment supérieur et le suturer à la peau. Mansell a associé la voie abdominale à la voie anale. Il a fait une laparotomie et mobilisé le rectum pour faciliter son invagination au travers de l'anüs.

La voie *vaginale* employée par Desguins en 1890 n'est applicable qu'aux cancers de l'ampoule. L'incision de la cloison recto-vaginale donne une large voie d'accès qui permet d'agir sur le rectum comme on le juge convenable. Il reste ensuite à réparer par des sutures la cloison incisée. Cette voie ne me paraît guère indiquée que pour certains cancers de la paroi antérieure.

La voie *périnéale* comprend elle-même deux grandes subdivisions, suivant qu'on pratique une amputation ou une résection du rectum. Ces mots sont employés dans le même sens qu'on leur donne dans la chirurgie des membres. L'amputation est l'exérèse d'une étendue plus ou moins considérable de la partie inférieure du rectum, y compris l'anüs. La résection est l'exérèse d'un segment rectal avec conservation des parties sous-jacentes.

L'amputation, c'est l'opération de Lisfranc, qui, le premier, osa s'attaquer au cancer du rectum. Une incision circulaire circonscrit l'anüs, on le libère par la dissection, on sépare le rectum des parties profondes en l'abaissant peu à peu jusqu'à ce qu'on ait dépassé la limite supérieure du néoplasme, et par une section circulaire, on enlève tout le segment disséqué. Cette amputation laissait une plaie

énorme, qui, souillée par les matières fécales, ne se réparait que très lentement, et la réparation amenait presque fatalement un rétrécissement. On a remédié à ces inconvénients en suturant à la peau le bout supérieur du rectum. On fait ainsi un anus artificiel périnéal.

Pour se donner plus de jour, Denonvilliers prolonge l'incision cutanée en arrière sur le coccyx. Kocher et Verneuil résèquent cet os. On a ainsi beaucoup plus de facilité et on peut enlever un segment plus étendu du rectum. Mais alors il peut se faire que le bout supérieur soit difficile à abaisser. Si on ne réussit pas à le suturer à la peau à la place de l'anüs normal, on le reporte en arrière et on fait un anus coccygien. L'inconvénient de ces anus, comme de tous les anus artificiels, c'est d'être incontinents, au moins partiellement, et de devenir le siège de prolapsus. Pour éviter ces inconvénients, Witzel, sur le conseil de Willems, passe le bout supérieur du rectum au travers du grand fessier, Rigdygier au travers du pyramidal et du grand fessier. Gersuny, avant de fixer le rectum, le tord sur son axe de façon que les fibres longitudinales contournées jouent le rôle de sphincter ou offrent à tout le moins une résistance mécanique aux matières.

L'amputation sacrifie délibérément l'anüs. C'est fort bien lorsqu'il est atteint soit primitivement, soit secondairement. Mais c'est très fâcheux lorsqu'il est intact. Un sphincter est chose assez précieuse pour qu'on s'efforce de le conserver toutes les fois que cela est possible. C'est pour le conserver qu'on a eu recours aux résections. On a objecté que l'anüs après ces résections est souvent énérvé, qu'il fonctionne mal. Cela est malheureusement vrai de certains cas, mais non pas de tous. Ce n'est donc pas une raison pour le sacrifier. Il vaudrait mieux, il me semble, s'efforcer de perfectionner la technique pour le conserver intact.

On peut faire des résections du rectum par la voie périnéale. Velpeau l'abordait par une incision postérieure. Dieffenbach faisait une incision antérieure et une incision postérieure. Hartmann a passé par la fosse ischio-rectale, en faisant une incision latérale. C'est aussi une résection que l'on fait par la voie vaginale dont j'ai déjà parlé.

Mais les résections ne sont réellement entrées dans la pratique que lorsque Kraske eut imaginé d'aborder le rectum par la voie sacrée. Ce chirurgien, après avoir enlevé le coccyx et désinséré les ligaments sacro-sciatiques du côté gauche, abattait la moitié gauche du sacrum au-dessous du troisième trou sacré. La voie ainsi ouverte est très large et on peut facilement faire toutes les manœuvres profondes pour disséquer la tumeur, réséquer et suturer le rectum. De nombreuses modifications ont été proposées à la technique primitive de Kraske. En général, on a agrandi la brèche osseuse (Hochenegg, Bardenheuer, Rose). Puis, pour éviter les troubles que ces mutila-

tions pourraient apporter dans la statique du bassin, on a fait des résections temporaires du sacrum (Heinecke, Lévy, Rydygier, Billroth, Rehn, Roux, de Lausanne). Ces résections temporaires n'ont pas donné ce qu'on en attendait. Souvent le fragment remis en place s'est nécrosé, et on les a à peu près abandonnées. Zuckerkandl a fait une tentative opposée. Il a cherché à se faire jour par une incision parasacrée sans intéresser le squelette.

Quelque procédé qu'on emploie, le but, quand on passe par la voie sacrée, est de conserver la partie inférieure du rectum, ou au moins l'anus, et de rétablir la continuité de l'intestin, de manière à obtenir une restauration fonctionnelle complète. Donc, après avoir réséqué la totalité du néoplasme, on cherche à rétablir la continuité en réunissant le bout supérieur au bout inférieur. Les procédés de suture qu'on a imaginés pour cette réunion sont innombrables. Kraske a fait successivement une suture circulaire complète, puis une suture circulaire incomplète. Hochenegg invagine le bout supérieur dans le bout inférieur et le fixe à la peau. Moulouguet et Perron ont imaginé de simples variantes du procédé d'Hochenegg. Morestin supprime une certaine étendue de muqueuse sur le bout supérieur, une certaine étendue de musculature sur le bout inférieur, et obtient ainsi un emboîtement alternatif, grâce auquel les lignes de suture muqueuse et musculature ne se correspondent pas. Il est impossible de faire un choix dans ces nombreux procédés, car ils ne s'adressent pas aux mêmes cas. Il faut les connaître tous et les employer quand ils sont indiqués.

D'ailleurs, à mon avis, une suture même parfaite ne met pas à l'abri de tous les accidents. Ce qui s'oppose souvent à la réunion, c'est que les tissus sur lesquels porte la suture ont été disséqués, séparés en partie de leurs connexions vasculaires, et que leur vitalité est diminuée. J'ai vu même dans un cas une petite perforation se produire en dehors de la ligne de suture.

Je n'ai parlé jusqu'ici que de résection par la voie sacrée ; mais on pratique aussi des amputations par cette voie : ainsi, par exemple, quand le néoplasme a envahi l'anus et s'étend cependant trop haut du côté du rectum pour pouvoir être enlevé par le périnée. Il y a aussi des cas où, bien que l'anus soit sain, l'extension du néoplasme est cependant trop considérable pour qu'on puisse raccorder les deux bouts. Il faut bien faire alors un anus artificiel ; mais la question est de savoir où on doit le placer.

On peut suturer le bout supérieur à la peau dans la région du coccyx, on peut le suturer dans la plaie sacrée. Ces anus coccygiens ou sacrés n'ont certainement aucun avantage sur l'anus iliaque, peut-être même lui sont-ils inférieurs. On ne peut pas dire qu'ils exposent davantage à l'incontinence ou au prolapsus, mais leur situation en rend le nettoyage plus difficile et empêche le port d'un

appareil de contention. Aussi paraît-il préférable, dans les cas de ce genre, de faire l'anus iliaque, d'autant plus que cet anus, pratiqué quelques jours d'avance, permet de faire l'opération dans des conditions meilleures. On comprend qu'il n'y a pas là de règle absolue, c'est affaire d'appréciation dans chaque cas particulier.

En tout cas, quand on se décide pour l'anus iliaque définitif, il reste à savoir ce qu'on fera du bout d'intestin compris entre cet anus et le point sectionné. On peut le laisser en place en fixant son bout inférieur dans l'angle de la plaie sacrée, où il constitue une fistule permanente. Je veux bien que ce bout inférieur ne sécrète pas grand'chose, il n'en reste pas moins que le malade a le double ennui d'un anus iliaque et d'une fistule sacrée. C'est beaucoup. On peut encore l'abandonner en fermant son extrémité inférieure. Il faut alors que ses sécrétions sortent par l'anus iliaque. Mais il est à craindre qu'elles s'accumulent dans le bout déclive et déterminent des accidents. Il serait donc préférable de l'enlever ; mais l'ablation par la laparotomie est une opération considérable qui aggrave singulièrement le pronostic. Quénu a imaginé un procédé de résection d'une grande simplicité, c'est le procédé du *retournement*. Il consiste à saisir, au moyen d'une pince introduite par l'anus iliaque, l'extrémité préalablement fermée du bout inférieur, et en exerçant des tractions, à la retourner comme un doigt de gant pour la faire sortir par l'orifice iliaque. Tout le segment étant ainsi extériorisé, il ne reste plus qu'à appliquer sur sa base un clamp qui en amène le sphacèle et la chute en quelques jours. Ce procédé est très ingénieux et certainement le meilleur lorsqu'il est applicable. Mais il est à craindre que, dans bien des cas, des adhérences ou la résistance du méso s'opposent au retournement. Il ne resterait plus alors qu'à fixer le bout inférieur dans la plaie sacrée.

Je ne m'étendrai pas longuement sur les voies associées, abdomino-périnéale ou abdomino-sacrée, car nous ne savons pas encore ce que ces opérations graves peuvent donner. Elles consistent, on le comprend, en deux temps opératoires, dont l'un prépare l'autre. On peut commencer soit par le temps abdominal, c'est la méthode abdomino-sacrée ou abdomino-périnéale ; soit par le temps périnéal ou sacré, comme l'a fait Boeckel, c'est la méthode sacro-iliaque ou sacro-abdominale.

En 1883, Czerny a associé les deux voies, mais uniquement par nécessité. Gaudier l'a fait, le premier, de propos délibéré, en 1895, pour rendre l'opération plus complète et plus aseptique. La technique de ces opérations est encore dans la période de tâtonnements. Chalot préconise la ligature préalable de l'artère hémorroïdale, Giordano celle des iliaques internes. Je me bornerai à indiquer les principaux temps de l'opération abdomino-sacrée telle que la décrit Quénu.

On commence par l'incision abdominale, qu'on peut faire soit sur

la ligne médiane, soit dans la fosse iliaque gauche, au siège de l'anus futur. On attire au dehors l'anse oméga et on la sectionne entre deux ligatures. Le bout supérieur est maintenu au dehors, et le bout inférieur étant soigneusement fermé, on lie et on sectionne le méso-rectum, puis on effondre le cul-de-sac péritonéal recto-vésical ou recto-utérin, et on libère le rectum aussi loin que possible. Cela fait, on ferme la plaie abdominale en y fixant le bout supérieur pour établir l'anus artificiel définitif. Le temps abdominal est terminé. On change la position du malade et on achève l'extirpation, soit par la voie périnéale, comme Gaudier, soit par la voie sacrée, que Quénu préfère.

On voit combien nous sommes loin, à l'heure actuelle, de la simple opération de Lisfranc. Depuis quelques années, les méthodes et les procédés opératoires se sont multipliés à l'infini. Il n'est pas douteux que des progrès considérables aient été réalisés. Mais nous ne sommes point encore suffisamment renseignés sur la valeur de certaines opérations, ni sur les bénéfices que les malades peuvent en tirer. Aussi est-il impossible de formuler actuellement des conclusions précises. En tout cas, il ne faut point oublier qu'en fait de cancer, l'avenir est bien plutôt aux opérations précoces qu'aux opérations démesurément étendues.

## ANUS CONTRE NATURE ET FISTULES STERCORALES

PAR

AIMÉ GUINARD

Chirurgien des hôpitaux de Paris.

Ces deux termes de « *fistule intestinale* et *anus contre nature* » se définissent d'eux-mêmes. C'est la même lésion à un degré différent: on conçoit qu'on ne saurait dire exactement où commence la fistule intestinale, et où finit l'anus contre nature. Remarquons que ce n'est pas l'étroitesse de l'orifice qui fait la distinction, car on voit des trajets relativement étroits livrer passage à la plus grande partie du contenu intestinal et mériter le nom d'anus contre nature, alors que des orifices notablement plus grands ne laissent s'échapper que des gaz et une faible quantité de matières. Si donc on s'en tient à la définition classique de l'anus contre nature, il faut bien remarquer que c'est la fonction de l'orifice anormal qui est capitale, et non point sa dimension. Telle lésion qui est anatomiquement une fistule stercorale, peut être au point de vue fonctionnel un anus contre nature, et inversement. — On dit en somme qu'il y a *fistule intestinale*, quand un orifice anormal — quelles que soient ses dimensions — laisse s'échapper hors des voies naturelles une petite quantité des matières et des gaz intestinaux. Dans l'*anus contre nature*, au contraire, il y a issue, par la voie anormale, de la presque totalité des matières fécales.

On peut donc employer indifféremment les deux termes. Il est d'usage de faire une distinction entre l'anus contre nature et l'*anus artificiel*. Ce dernier terme s'applique en effet beaucoup mieux aux anus anormaux que le chirurgien crée de parti pris pour détourner le cours des matières dans un but thérapeutique. On pratique un anus artificiel; tandis que l'anus contre nature apparaît spontanément. Cette distinction a sa raison d'être, car la constitution anatomique de l'anus artificiel est toujours la même au gré du chirurgien, tandis que l'anatomie pathologique de l'anus contre nature varie à l'infini, suivant les causes qui lui ont donné naissance.

On peut en dire autant des fistules intestinales et des fistules pyo-