

infirmière, en administrant un lavement, perfora le cul-de-sac péritonéal et amena la mort du malade.

Lorsque le rectum manque dans sa totalité et que l'extrémité terminale de l'intestin flotte librement dans l'abdomen, le péritoine se replie directement sur les organes génito-urinaires en même temps que ceux-ci prennent dans l'excavation la place que devrait occuper le rectum. On comprend combien alors il devient difficile au chirurgien d'éviter à la fois la séreuse péritonéale, la vessie ou le vagin, lorsqu'il va à la recherche de l'intestin oblitéré.

D. *Abouchements anormaux de l'anus ou du rectum.* — Les abouchements anormaux de l'anus siègent toujours au niveau d'un des organes qui, dans le développement embryonnaire, sont une dépendance du cloaque externe. Ceux du rectum, au contraire, dépendent d'un trouble dans l'évolution du cloaque interne ou recto-allantoïdien.

Les abouchements anormaux de l'anus sont plus fréquents chez les filles que chez les garçons; c'est dire que l'ouverture de l'anus à la vulve ou à l'entrée du vagin s'observe plus fréquemment que l'ouverture à la base du scrotum ou la face inférieure du pénis. Quelle que soit la variété à laquelle on ait affaire, l'anus manque à sa place habituelle ou n'y existe qu'à l'état de vestige.

Chez les filles, c'est presque toujours en avant de l'hymen que se fait l'abouchement anormal, soit à la fourchette vulvaire, soit dans la fossette naviculaire. Goyrand, Berrut, Boinet, Guersant, Naudin, Trélat en ont rapporté des exemples.

L'ouverture à l'entrée du vagin est beaucoup plus rare; on peut même admettre que, dans plusieurs des cas de ce genre donnés comme abouchements anormaux de l'anus, il s'agissait d'un abouchement anormal du rectum avec absence d'anus. La largeur de l'orifice varie beaucoup d'un sujet à un autre; son calibre est parfois suffisant pour que l'issue du méconium se fasse assez facilement et pour qu'une intervention chirurgicale ne soit vraiment nécessaire que plus tard, lorsque les matières fécales deviennent plus consistantes. On a même vu des femmes conserver cette infirmité toute leur vie, sans qu'elles parussent en être trop incommodées.

Chez les garçons, l'abouchement anormal peut se trouver dans la région périnéale, à la base du scrotum ou au-dessous de la verge; mais, nous l'avons déjà dit, ces faits sont très-rares. Une des observations les plus intéressantes en ce genre appartient à Goyrand (1). Le raphé scrotal avait l'aspect d'une vulve et l'on sentait les testicules dans les replis qui simulaient les grandes lèvres. L'intestin s'ouvrait à la commissure postérieure de cette fausse vulve par un orifice qui, assez large dans les premiers mois pour l'excrétion des matières fécales liquides, devint plus tard insuffisant et nécessita une opération.

(1) *Gaz. des hôp.*, 1836, p. 510.

Bien qu'on ait rapporté plusieurs faits dans lesquels le conduit anormal suivait dans une certaine étendue le même trajet que l'urèthre, Trélat ne pense pas qu'on ait jamais vu l'anus s'ouvrir directement dans la partie antérieure de ce canal. Cruveilhier a figuré dans son atlas (fig. 104) un conduit fistuleux qui, partant de l'ampoule rectale, allait

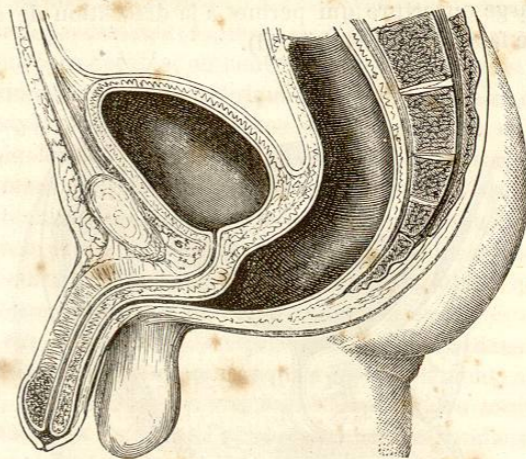


FIG. 104. — Abouchement anormal de l'anus au scrotum et à la base du gland.

d'abord s'ouvrir au niveau du scrotum, puis continuait son trajet pour se terminer à un pertuis situé au-dessous du gland.

Il nous reste à parler des cas dans lesquels le rectum, terminé par une ampoule allongée, communique avec le bas fond de la vessie, la portion membraneuse de l'urèthre ou le vagin.

Ces vices de conformation ne sont pas très-rares, mais, à l'inverse des abouchements anormaux de l'anus, ils ne s'observent presque jamais chez les filles à cause de la présence du canal vulvo-utérin. Cependant Morgagni, Phil. Boyer, Broca et Trélat ont rapporté chacun une observation ayant trait à une communication anormale du rectum avec les voies urinaires chez la femme. Dans la plupart de ces cas, il s'agissait de vices de conformation de nature complexe; c'est ainsi que, dans celui de Broca, la malformation des organes de la défécation était compliquée d'un utérus bicorne imperforé et d'une absence complète du vagin.

Quant à l'ouverture du rectum dans le vagin, elle est loin d'être rare; elle peut même rester longtemps suffisante pour permettre l'expulsion des matières. Plusieurs faits de ce genre sont devenus célèbres; tel est celui de cette vieille juive dont parle Morgagni qui, malgré un anus vaginal, mourut à l'âge de cent ans; tel est encore celui d'une jeune fille de vingt-deux ans, observée par Ricord, qui, malgré une infirmité de cette nature, était très-recherchée par de nombreux amants; un fait

analogue a été observé par Switzer. On raconte encore l'histoire d'une femme qui fut mère de nombreux enfants et dont le mari ignora toujours qu'elle n'avait qu'un anus vaginal.

L'ouverture peut exister à différentes hauteurs du conduit vulvo-utérin et offrir des dimensions variables, depuis un simple pertuis (obs. de Depaul), donnant à peine passage à quelques matières fécales liquides, jusqu'à une large ouverture qui permet à la défécation de se faire avec la plus grande facilité (obs. de Ricord).

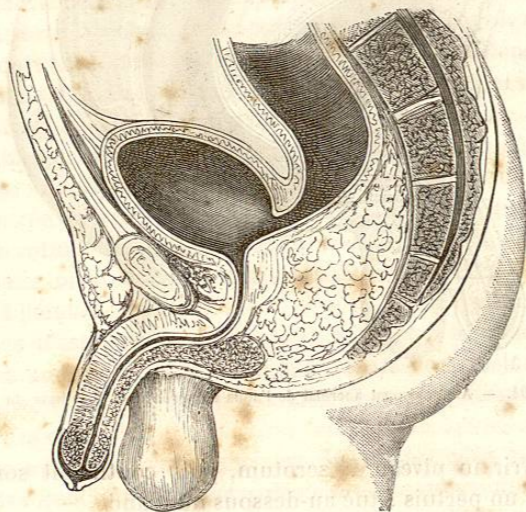


FIG. 105. — Ouverture du rectum dans la vessie.

Dans le cas observé par Depaul (1), le rectum, après avoir rampé dans une certaine étendue des parois de la partie supérieure et latérale du vagin, s'ouvrait dans sa cavité par un pertuis.

L'ouverture dans le voisinage de l'hymen est beaucoup plus fréquente.

Quant à l'ouverture du rectum dans l'urèthre, chez la femme, elle est infiniment rare. Mollière en cite cependant une observation publiée par Delesalle (2).

Comme nous le disions tout à l'heure, l'abouchement du rectum dans la vessie n'a guère été observé que chez les garçons. Tantôt il est simple, c'est-à-dire qu'il n'existe pas d'autre déviation organique, tantôt il est compliqué d'une imperforation de l'urèthre ou d'un hypospadias.

(1) *Bull. de la soc. anat.* 1840, p. 77.

(2) *Bull. de la Soc. méd. d'émulation de Paris*, 1824.

La communication peut siéger en un point quelconque de l'espace qui sépare le bas-fond de la vessie de son col. Quelquefois l'orifice est large, mais, plus souvent, il est fort étroit et traverse obliquement les parois urinaires, à la façon des uretères.

L'ampoule rectale répond alors le plus souvent au promontoire ou à la première pièce du sacrum, ce qui explique les insuccès qu'a donnés la méthode périnéale lorsqu'on l'a employée dans ces conditions. Dans un cas observé par Desault (1), il existait entre l'orifice des deux uretères un repli considérable, au centre duquel on reconnut, à l'autopsie, une petite ouverture qui communiquait avec le rectum et qui admettait à peine un stylet ordinaire. La pièce a été reproduite en cire et déposée au musée Dupuytren. Dans une observation de Cavenne (2) il est dit que la communication siégeait en arrière du col vésical et était entourée d'un bourrelet qui semblait faire l'office de sphincter. Par suite de son étroitesse, l'orifice peut se trouver oblitéré par un corps étranger venant du rectum et des accidents d'occlusion intestinale en être la conséquence, comme dans une observation de Müller (3).

Dans un cas de Chonski, la vessie était bilobée; dans un autre de Bennet Lucas, le rectum communiquait non seulement avec le corps de la vessie, mais ce dernier viscère était en outre muni à sa partie antérieure de deux orifices, l'un normal, correspondant à l'urèthre, l'autre anormal et très étroit, faisant communiquer le bas-fond de la vessie avec l'an.

La communication du rectum avec l'urèthre a été observée assez fréquemment. Elle siège toujours dans la portion prostatique ou la portion membraneuse de ce canal, jamais en avant du bulbe. Tantôt, les matières passent directement de l'ampoule rectale dilatée dans le canal uréthral qui lui est accolé; tantôt, au contraire, et plus souvent, la communication est établie par l'intermédiaire d'un conduit mince qui, partant du rectum, contourne le bas-fond de la vessie et la prostate avant de se jeter dans l'urèthre. Ce trajet est médian ou oblique, suivant que l'ampoule rectale est elle-même médiane ou a été déviée de sa position habituelle par des adhérences [observations de Flajani (4), Dumas (de Montpellier) (5), Williamson (6)].

En général, l'ouverture recto-urétrale est petite et ne peut permettre que le passage des matières très-liquides; elle est souvent linéaire et garnie sur ses bords de plis rayonnés [observation de Pétreil (7)]; d'autres fois, au contraire, elle est assez large pour permettre à l'enfant de vivre pen-

(1) *Journ. de chir.*, t. IV, p. 248.

(2) *Arch. génér. de méd.*, 1824, 1^{re} série, t. V, p. 63.

(3) *Edinb. Surg. and Med. Journ.*, 1829, t. XXXI, p. 61.

(4) *Obs. de chir.*, t. IV, obs. 39.

(5) *Journ. gén. de méd.*, t. III, p. 36.

(6) *Gaz. méd.*, 1846, p. 878.

(7) *Gaz. méd.*, 1844, p. 706.

dant plusieurs mois. Le petit malade observé par Flajani, bien qu'il n'eût pas d'anus, vécut huit mois et mourut à la suite de l'obstruction du canal de communication recto-urétral par un noyau de cerise.

A côté des abouchements anormaux de l'anus ou du rectum, nous pouvons signaler en passant que, dans certains cas très rares, ce sont les organes génito-urinaires qui communiquent avec le rectum normalement développé et perméable aux matières fécales. On a vu parfois la vessie, l'urèthre, ou bien le col de l'utérus, s'aboucher avec le rectum. Cette dernière disposition permet l'enfantement *per anum*. C'est la publication d'un cas de ce genre qui valut à Louis, en 1753, la prohibition et la censure dont la Sorbonne frappa sa thèse.

Abouchements pathologiques. — Nous ne pouvons pas quitter le sujet des abouchements anormaux de l'anus ou du rectum sans dire quelques mots de certains cas qui, par leur nature et leur disposition, ne sont pas susceptibles d'être complètement expliqués par le développement embryogénique. A l'exemple du professeur U. Trélat (1), nous les décrivons sous le nom générique d'*abouchements pathologiques*.

La plupart peuvent être considérés comme des malformations primitivement analogues à celles que nous avons passées en revue, mais dont l'aspect général a été modifié par des lésions consécutives; telles sont certaines imperforations de l'anus compliquées de fistules recto ou ano-périnéales. Bouisson (2) a observé un enfant de sept à huit jours, qui était né avec une imperforation et qui portait à deux centimètres de la ligne médiane, du côté de la région fessière, une petite ouverture froncée, rouge et excoriée, par où suintaient constamment des matières fécales liquides. Il s'agissait évidemment là d'une fistule congénitale. Denonvilliers (3) a observé un cas analogue. Dans une observation de Danyau, il est dit que l'anus était imperforé, mais qu'un petit canal terminé en cul-de-sac s'étant établi le long du raphéscrotal, on vit quelques parcelles de méconium s'échapper à l'extérieur par rupture de ce cul-de-sac sous l'influence des efforts. Chez le petit malade dont Fristo (4) a rapporté l'observation, la déviation organique était encore plus grande. Il existait sur le dos de la verge un canal rempli de méconium qui, terminé en cul-de-sac au-dessus du gland, contournait le pénis, suivait l'urèthre, passait de droite à gauche sous le col de la vessie et se jetait dans le rectum oblitéré et adhérent à la peau. Encore là, il s'agissait évidemment d'une fistule congénitale borgne interne. Fristo (5) a rapporté un cas plus extraordinaire encore: le rectum, dans sa totalité, était transformé en un cordon fibreux qui adhérait au corps

(1) *Loc. cit.*, p. 438.

(2) *Loc. cit.*, p. 30.

(3) *Bull. de la Soc. de chir.*, 8 août 1850, t. I, p. 749.

(4) *Comptes rendus des travaux de la Soc. de la Moselle*, 1830 et *Arch. génér. de méd.*, 1810, 1^{re} série, t. XXIV, p. 577.

(5) *Id.* p. 576.

de la cinquième vertèbre lombaire. A ce niveau, le colon iliaque s'ouvrait à la face postérieure du tronc par un trajet oblique qui perforait le corps de la vertèbre.

Quant aux abouchements de l'intestin sur la paroi abdominale antérieure, nous avons déjà dit qu'ils ne rentrent pas dans le cadre des affections de l'anus et du rectum.

Tels sont les principaux vices de conformation de l'anus et du rectum. Il est à peine besoin d'ajouter qu'ils s'accompagnent fréquemment de malformations d'autres organes, telles que l'imperforation de l'urèthre, du vagin, l'exstrophie de la vessie, le pied-bot, le *spina-bifida*, etc. Nous avons déjà signalé les altérations du bassin.

SYMPTOMATOLOGIE. — Pour bien faire comprendre les symptômes des vices de conformation de l'anus et du rectum et pour en déduire les éléments du diagnostic, nous les examinerons successivement dans les cas suivants :

a. L'émission des matières fécales est suffisante;

b. L'émission est difficile, à cause de l'étroitesse de l'ouverture;

c. L'émission est insuffisante ou nulle, à cause de l'étroitesse ou de l'imperforation des organes.

a. Lorsque la voie d'émission des matières est suffisante, les symptômes généraux sont nuls. Tel est le cas pour certains rétrécissements valvulaires peu prononcés; tel est aussi le cas pour certains anus vulvaires ou vaginaux. Tout se borne alors à une infirmité, répugnante il est vrai, mais parfaitement compatible avec la vie.

b. Il n'en est plus de même lorsque l'ouverture est étroite. Si le vice de conformation peut passer inaperçu au début, parce que le méconium, en raison de sa fluidité, s'écoule en assez grande abondance pour maculer les langes, les accidents ne tardent pas à se développer lorsque les matières prennent une plus grande consistance, lorsque l'orifice vient à se rétrécir ou à être oblitéré par un corps étranger. Généralement les selles deviennent de plus en plus difficiles, et, malgré l'usage quotidien de lavements ou d'autres manœuvres, on est obligé d'en venir à une opération.

Lorsque l'intestin est ouvert dans la vessie et communique avec elle par un orifice assez grand, la lésion peut passer inaperçue pendant un certain temps, surtout si l'anus est bien conformé; mais généralement le contact des matières devient la cause de divers désordres, caractérisés par de la difficulté pour uriner, du ténesme vésical et même de la rétention d'urine. L'urine expulsée est mélangée à du méconium et tache les langes en jaune, la vessie est distendue, l'urèthre donne passage à des gaz, l'extrémité de la verge est souillée par du méconium, tandis que l'anus, s'il existe, est d'une propreté insolite.

Du reste, il suffit souvent d'un accident pour faire apparaître tous les symptômes de l'occlusion intestinale. Fournier (1) cite le cas d'une en-

(1) *Dict. des sc. méd.*, en 60 vol., art. CAS RARES, 1813, t. IX, p. 155 et 156.

fant de trois ans qui mourut à la suite de l'introduction d'une fève dans le canal anormal qui reliait le rectum à l'urèthre. Le fait observé par Flajani et que nous avons déjà cité est analogue; un noyau de cerise a été la cause de l'oblitération. Dans le cas cité par Williamson, la mort fut la conséquence d'une infiltration d'urine à travers une ulcération des bords de l'ouverture recto-urétrale.

L'observation de Miller (1) est curieuse à plus d'un titre. Il s'agit d'un petit garçon dépourvu d'anus, qui rendait de l'urine mélangée à du méconium. On ponctionna l'ampoule rectale et on donna issue à des matières méconiales, mais, comme l'ouverture artificielle se rétrécissait, on fut obligé de l'élargir au moyen d'un bistouri, à dix reprises différentes dans l'espace de huit mois. Plusieurs fois, on retira par le trajet artificiel des morceaux de charbon que l'enfant avait pris l'habitude d'avaler. Une fois, en allant à la recherche d'un de ces corps étrangers qui obstruait le canal intestinal, on pénétra dans la vessie et on établit une fistule recto-vésicale. L'enfant vécut plusieurs années sans être trop incommodé de cette fistule, mais, un jour, des symptômes d'occlusion intestinale s'étant déclarés, on découvrit dans le rectum, au niveau de la concavité du sacrum, une concrétion calculeuse, du volume d'un œuf de dinde, qu'il fallut broyer pour arriver à l'extraire. Le noyau de ce calcul était pierreux et recouvert d'aigrettes d'avoine. Quant à la couche la plus extérieure, elle était constituée par une matière terreuse.

c. Lorsque l'ouverture est trop étroite pour permettre une émission suffisante des matières et, à plus forte raison, lorsqu'il y a imperforation complète de l'anus ou du rectum, on ne tarde généralement pas à voir survenir les accidents caractéristiques d'une occlusion intestinale.

Les vomissements sont généralement le premier signe qui attire l'attention des parents ou du médecin. En examinant les langes, on s'aperçoit qu'elles ne sont point salies par le méconium, et si on cherche à provoquer les garde-robes par un léger purgatif, on n'obtient d'autre résultat que de faire redoubler les vomissements. L'exploration de la région anale fait constater directement l'obstacle qui s'oppose à l'expulsion des matières, ou, si l'on administre un lavement, on s'aperçoit qu'il ne peut pénétrer dans le rectum et qu'il est rendu immédiatement, sans contenir autre chose que quelques pelotons de mucus.

Duboué (de Pau) a appelé l'attention sur un phénomène curieux; il a constaté, chez une petite fille de trois jours, que les cris, les plaintes et les efforts d'expulsion se calmaient lorsqu'on introduisait le bout du doigt dans l'anus. Ce contact donnait sans doute à l'enfant la sensation trompeuse de matières fécales traversant l'anus.

A la rétention du méconium s'ajoute parfois de la rétention d'urine,

(1) *Edinburgh Med. and Surg. Journ. et Arch. génér. de méd.* 1829, 1^{re} série, t. XIX, p. 591.

résultant de la compression du col vésical par l'ampoule rectale dilatée.

Le ventre est ballonné, douloureux à la pression; il affecte une forme proéminente et arrondie, plus large à la partie inférieure; quelquefois même, les anses intestinales distendues se dessinent à travers les parois de l'abdomen. La percussion donne un son tympanique, et si parfois on trouve un peu de matité, c'est dans les points qui correspondent à l'S iliaque, au côlon ou au cæcum. Comme symptômes généraux, on observe un ensemble de phénomènes très-analogues à ceux qui caractérisent l'étranglement intestinal.

Pendant les premières vingt-quatre heures, il y a souvent une sorte de tolérance de l'intestin, mais bientôt l'accumulation des matières fécales, sollicitant le besoin des selles, l'enfant devient inquiet, agité; il refuse de têter, ou s'il a pris le sein il le quitte en criant et ne veut pas le reprendre; il a des coliques, puis bientôt surviennent des vomissements de matières verdâtres, bilieuses, qui se répètent, et sont, dès le second jour, constitués par du méconium plus ou moins altéré. En même temps, l'enfant a du hoquet, le ventre se tympanise, la respiration s'embarasse, devient anxieuse, la face se cyanose, les cris sont de plus en plus faibles; la chaleur diminue, quelquefois des convulsions se montrent, et la mort arrive au bout de trois, quatre, cinq ou six jours, si l'art ne vient pas rétablir le cours des matières. Cette terminaison est quelquefois hâtée par la rupture de l'intestin et l'issue du méconium dans le péritoine.

D'autres fois, au contraire, la vie se prolonge jusqu'à douze, quinze et vingt jours, mais ce sont là des faits bien exceptionnels.

DIAGNOSTIC. — Il est un certain nombre de malformations de l'anus et du rectum qui peuvent être reconnues de suite après la naissance, pour peu que l'on ait soin d'examiner les téguments et les orifices naturels de l'enfant. Tels sont les abouchements anormaux à la vulve, au périnée, au scrotum, les absences et les imperforations de l'anus. Seules, les étroitures congénitales, les imperforations et les abouchements anormaux du rectum peuvent passer inaperçus à ce premier examen. Ce n'est alors qu'au bout de quelques heures, lorsqu'on s'aperçoit que le méconium n'a pas été expulsé, qu'on peut soupçonner un obstacle à la défécation.

Mais examinons successivement les divers cas qui peuvent se présenter en commençant par ceux qui, au premier abord, semblent les plus compliqués.

Il n'y a pas trace d'anus : il faut se rappeler que c'est dans ces conditions que les ectopies de l'anus et les abouchements anormaux du rectum s'observent le plus fréquemment.

La première chose à faire est d'examiner avec attention les organes externes de la génération et de chercher s'il n'existe pas une ouverture anormale au périnée, au scrotum ou à la verge chez les petits garçons, à la vulve ou au périnée chez les petites filles.

Si l'anus s'ouvre dans un des points sus indiqués, on se servira de cet orifice anormal pour y introduire un instrument mousse et aller à la recherche du rectum. Souvent, dans ces cas, l'ampoule rectale est très-voisine du périnée. Rien de plus simple alors que de prendre une décision sur la conduite à tenir au point de vue de l'intervention chirurgicale.

Lorsqu'il n'y a ni anus, ni ouverture anormale au niveau des parties externes de la génération, on doit penser à la possibilité d'une malformation du rectum et supposer, suivant le sexe, que cet organe s'abouche dans le vagin ou dans les voies urinaires.

S'il s'agit d'un petit garçon, on examinera les urines pour savoir si elles sont mélangées à du méconium; mais, comme l'enfant n'urine pas au gré du chirurgien, on en sera presque toujours réduit à examiner les langes, qui seront fortement tachés en jaune, si le liquide est méconial.

Quant à savoir si c'est la vessie ou l'urèthre qui reçoit le rectum, c'est là une question difficile à trancher, quoique Roux (de Brignolles) ait fait remarquer que la communication du rectum avec l'urèthre s'accompagne d'un écoulement continu de méconium, tandis que si l'intestin s'ouvre dans la vessie, les matières stercorales ne sont rendues qu'au moment de la miction.

Rappelons que les abouchements du rectum dans l'urèthre se rencontrent plus souvent que les communications recto-vésicales. Le cathétérisme pourra parfois fournir à cet égard quelques notions utiles au diagnostic. Dans les cas d'abouchements du rectum dans l'urèthre, la sonde pourra ramener dans ses yeux quelques parcelles de méconium. En l'absence de ce signe, on ne peut cependant pas conclure, car l'ouverture de communication peut être trop étroite pour permettre le passage des matières. Quoi qu'il en soit, on profitera de la présence de la sonde dans les voies urinaires pour explorer avec son bec la cavité du sacrum. Il est en effet de la plus haute importance, au point de vue opératoire, d'être renseigné sur la présence ou l'absence de l'ampoule rectale dans le petit bassin.

Lorsque le rectum manque, le cathéter métallique touche sans obstacle l'angle sacro-vertébral; si, au contraire, cet organe existe, on a la sensation d'une résistance molle fournie par le rectum distendu. Il faut savoir cependant que cette exploration est très délicate et que l'ampoule rectale, par sa mollesse et son exiguité, peut facilement rester méconnue.

S'il s'agit d'une petite fille, l'orifice anormal du rectum sera recherché du côté du vagin à l'aide d'une sonde. S'il n'en existe pas, on profitera de la présence de la sonde pour explorer la courbure du sacrum à travers les parois vaginales.

Lorsqu'on s'est assuré qu'il n'existe aucune communication du rectum avec les organes génito-urinaires, tant internes qu'externes, on est forcé

d'admettre l'existence d'une imperforation anale ou rectale. Examinons les différents cas qui peuvent se présenter :

a. S'il n'y a pas trace d'anus, on peut avoir affaire à une oblitération constituée par des tissus d'épaisseur très-variable. Lorsque l'orifice anal est simplement imperforé et que la membrane obturatrice est mince, constituée par les téguments, on peut voir la région anale soulevée par une tumeur arrondie, recouverte d'une peau luisante, souvent molle, fluctuante, réductible et qui devient tendue lorsque l'enfant crie. Dans ce cas, la fluctuation peut être sentie par l'exploration directe de la région anale ou bien en appliquant une main sur cette région et l'autre sur le ventre, surtout à gauche, de manière à faire refluer les matières de l'S iliaque dans le rectum.

Mais, si les signes précédents manquent complètement, on reste dans le doute sur l'épaisseur des tissus qui séparent l'ampoule rectale de la peau. Dans ce cas, on sera autorisé à faire, dans le point qu'occupe habituellement l'anus et dans la direction du rectum, une ponction avec un trocart explorateur, non dans un but opératoire, mais simplement pour reconnaître l'épaisseur des tissus qu'on aura à traverser au moment de l'intervention chirurgicale. Cette ponction capillaire est sans danger, alors même qu'on ne pénétrerait pas dans le rectum, tandis qu'elle peut fournir des renseignements d'une utilité incontestable, si elle donne issue à du méconium.

b. Il existe des vestiges d'anus, celui-ci est même plus ou moins bien conformé dans ses parties extérieures. — Cette catégorie de faits renferme des cas très-simples, où le diagnostic est facile, et des cas très-complicés.

Le diagnostic est aisé lorsqu'au fond du cul-de-sac anal on sent une membrane qui se tend fortement dans les efforts de l'enfant.

Mais si l'espace qui sépare l'ampoule rectale du cul-de-sac anal est plus considérable, le diagnostic devient beaucoup plus difficile et l'on ne doit se prononcer qu'avec la plus grande réserve. L'inspection de la région interfessière ne fournit plus de données, car la saillie de la région anale pendant les cris de l'enfant peut être produite par tous les tissus qui constituent le périnée, et la fluctuation, quand on croit la reconnaître, est si obscure, qu'on peut facilement être induit en erreur. N'avons-nous pas vu, à propos de l'anatomie pathologique, que la vessie ou le vagin, en prenant la place du rectum absent dans la courbure du sacrum pouvaient donner une fausse sensation de fluctuation? Nombre de chirurgiens ont été trompés de cette manière et ont ouvert les cavités génitales ou urinaires, en croyant ponctionner l'ampoule rectale. Dans un cas de ce genre, Giraldès (1) pénétra dans la vessie avec un trocart explorateur et donna issue à une grande quantité d'urine

(1) *Loc. cit.*, p. 618.