

gagne la face postérieure ; mais ce trajet est très oblique de bas en haut et d'avant en arrière, d'où la différence de niveau qu'atteint la séreuse en avant et en arrière de l'intestin. On a mesuré, avec soin, la distance qui sépare l'anus du point où le péritoine vient recouvrir la paroi postérieure du rectum ; j'ai trouvé de 11 à 12 centimètres. C'est la distance à laquelle peut atteindre à peu près l'indicateur, en ayant soin de refouler avec la main les parties molles du périnée. Il en résulte que si, dans un épithélioma du rectum, on n'arrive pas avec l'indicateur, porté aussi haut que possible, à trouver les limites du mal, non seulement en avant, mais même en arrière, c'est que la portion intrapéritonéale est intéressée.

Les rapports du rectum avec le péritoine expliquent la production de la péritonite à la dernière période des cancers, à la suite des rétrécissements, etc.

*Rapports de la face antérieure.* — Les rapports de la face antérieure du rectum diffèrent chez l'homme et chez la femme. Chez l'homme (fig. 252), la portion intrapéritonéale est en rapport avec la face postérieure de la vessie, dont la séparent les anses de l'intestin grêle lorsque le réservoir de l'urine est vide. A l'état de plénitude, la vessie presse sur le rectum et l'aplatit d'avant en arrière. Cependant, jamais la vessie, si distendue qu'elle soit, même au point de se rompre, ne détermine un aplatissement du gros intestin, ni des phénomènes d'obstruction ; elle sort alors de l'excavation pelvienne et se développe dans l'abdomen, où elle éprouve un mouvement de bascule qui porte son sommet en avant et dégage d'autant le rectum.

Les rapports de la portion sous-péritonéale du rectum en avant sont de la plus haute importance ; la plupart ont été déjà signalés au cours de l'étude de la vessie, de la prostate et de l'urètre ; il n'est cependant pas inutile de revenir ici sur quelques détails.

Rappelons d'abord que le rectum et le bas-fond de la vessie sont séparés l'un de l'autre par un plan fibro-musculaire, étendu de la prostate au cul-de-sac du péritoine, où il adhère, et décrit par Denonvilliers sous le nom d'*aponévrose prostatopéritonéale*. Cette lame fixe le péritoine et permet de comprendre pourquoi la séreuse s'élève seulement de 1 à 2 centimètres lorsque la vessie se distend, et pourquoi le cul-de-sac péritonéal est alors si profond.

Nous trouvons de haut en bas : les vésicules séminales, dont la base est un peu recouverte par le péritoine, mais qui, dans tout le reste de leur hauteur, reposent directement sur la face antérieure du rectum. Ce rapport change à peine par la distension de la vessie. Il explique l'exploration possible des vésicules séminales par le toucher rectal, ainsi que les phénomènes douloureux du côté du rectum, déterminés par l'inflammation de ces vésicules. Puisque les vésicules séminales ne siègent qu'à 6 ou 8 centimètres au-dessus de l'anus, on devrait toujours, dira-t-on, pouvoir les explorer facilement avec l'indicateur, tandis qu'il est fréquent de ne pouvoir y atteindre. Cela est vrai, mais tient à la saillie, souvent très prononcée, des deux ischions chez l'homme. L'anus est loin de se trouver au niveau de la peau qui recouvre l'ischion ; il occupe le fond d'un sillon profond, dont les bords arrêtent la main, à ce point que, chez certains sujets dont les chairs sont fermes, on arrive tout juste à sentir le sommet de la prostate, qui n'est cependant distante de l'anus que de 3 centimètres au plus.

Les deux vésicules séminales, très écartées l'une de l'autre en haut et rap-