

coccygiens, et sur les nerfs du plexus sacré. L'artère mésentérique inférieure est comprise entre les deux feuillets du méso-rectum.

En arrière du rectum existe une couche abondante et très lâche de tissu cellulaire qui permet d'attirer en bas cet intestin ; la couche qui sépare le rectum de la face postérieure de la prostate, bien que plus serrée que la précédente, permet néanmoins d'opérer la séparation de ces deux organes. Nous avons vu, plus haut, que le rectum, mobile dans sa portion intrapéritonéale, était fixe dans toute la partie située au-dessous. Or, le principal moyen de fixité du rectum est le muscle releveur de l'anus, dont les fibres se continuent à la surface de l'intestin jusqu'à sa partie inférieure : il en résulte que, une fois les insertions rectales du releveur divisées, le rectum devenu mobilisable peut être attiré en bas. Cette disposition a été mise à profit pour extirper l'extrémité inférieure du rectum dans une assez grande hauteur, sans intéresser le péritoine ; c'est également cette mobilité du rectum qui permet de l'attirer en bas dans le cas d'absence de la portion anale et de le fixer à la peau. Il ne faudrait donc pas conclure de la hauteur d'intestin retranché sans intéresser le péritoine à la distance qui sépare l'anus des culs-de-sac de la séreuse, ainsi que semblent l'avoir fait certains chirurgiens, Lisfranc en particulier. Toutefois, malgré cette disposition favorable du rectum, je suis porté à en repousser l'extirpation toutes les fois que l'opération offre peu de chances de succès si la paroi antérieure est envahie jusqu'à la prostate, car, souvent alors, cette glande et la vessie elle-même participent à la dégénérescence.

Lorsque le cancer n'occupe pas la portion anale du rectum, mais siège à un niveau plus ou moins élevé au-dessus de l'anus, il est inutile de sacrifier cette dernière région, et c'est le but qu'on se propose d'atteindre dans l'opération de Kraske. L'examen de la figure 273 montre que, après avoir divisé le grand fessier du côté gauche et découvert le grand ligament sacro-sciatique, la section de ce ligament à son insertion au sacrum, et, au besoin, la résection d'un coin de cet os permettent d'arriver sur une portion très élevée du rectum. Il est possible alors de réséquer la partie malade et de suturer le segment supérieur au segment inférieur de la plaie rectale, avec l'espérance de rétablir la continuité de l'organe et d'éviter l'incontinence.

L'opération ingénieuse de Kraske n'est indiquée que si le néoplasme est mobile ou mobilisable, et encore, même dans ce cas, j'avoue n'être que médiocrement séduit par les résultats qu'elle a donnés jusqu'ici.

La section du grand ligament sacro-sciatique, combinée avec l'ablation d'un coin du sacrum, donne un si grand jour que des opérateurs ont suivi cette voie de préférence aux voies vaginale ou abdominale pour arriver jusque sur l'utérus et ses annexes ; j'ai peine à croire, toutefois, que cette technique se généralise.

Les faces latérales du rectum ne présentent rien de spécial à signaler. Elles sont en rapport avec l'aponévrose périnéale supérieure et les muscles releveurs de l'anus.

Chez la femme, le rectum présente la même direction et les mêmes subdivisions que chez l'homme. La disposition du péritoine, eu égard aux faces antérieure et postérieure, est la même, et la face postérieure présente des rapports identiques. Il n'en est pas ainsi de la face antérieure. Celle-ci est en rapport de