

la pointe de l'instrument vers le haut de façon à éviter le rectum que l'on voit, facilement reconnaissable à sa paroi un peu blanchâtre et aux quelques vésicules qui rampent à ce niveau. Tout ceci se fait assez rapidement sans hémorrhagie notable, et il n'est nullement nécessaire de mettre un doigt dans le rectum, procédé qui nuit à l'asepsie finale.

Le noyau de cicatrice dépassé, le clivage entre les organes se fait avec la plus grande facilité, et on arrive en quelques secondes sur le cul-de-sac péritonéal blanchâtre. Ce cul-de-sac, on peut quelquefois l'ouvrir, et il y a intérêt à le faire, lorsqu'il descend très bas. En créant des adhérences artificielles entre les deux feuillets, on diminue les chances de glissement. Si on ne veut pas l'ouvrir, il faut lorsqu'il descend très bas, le refouler en haut. Pour une bonne opération, le décollement doit aller jusqu'au col utérin.

2^e temps. — Recherche et suture des releveurs.

Dans la majorité des cas, le doigt promené sur les parties latérales, vers l'aponévrose de l'obturateur interne, permet de sentir deux masses à grand axe antéro-postérieur d'aspect rougeâtre, plus ou moins étalées, plus ou moins volumineuses, mais toujours existantes. Ce sont les releveurs. On les dissèque avec grand soin le plus haut possible.

Reste à faire la suture. Delbet la fait toujours à fils perdus, et il se sert de catgut. Le premier fil doit être placé le plus haut possible. Comme les bords des deux releveurs sont toujours très écartés, il faut passer le fil en deux fois. Prenant une aiguille, on passe le premier point en enfonçant l'aiguille rasant la paroi externe, à droite de bas en haut, du rectum vers le vagin, à gauche de haut en bas, du vagin vers le rectum, et on noue solidement ce premier fil. On est tout surpris de voir les deux releveurs, sans qu'il se fasse de solution de continuité du côté de l'aponévrose obturatrice, se tendre comme un rideau