

le morcellement d'emblée, comme manœuvre initiale et non comme adjuvant de l'énucléation. Au lieu d'attaquer la tumeur à la périphérie, ce chirurgien entre immédiatement en plein fibrome et n'arrive à la coque fibreuse que lorsque toute la tumeur est déjà évidée. Cette méthode comprend de plus une opération préliminaire, assez spéciale, de libération, de discision et même d'excision du col, pour donner libre accès vers le fibrome.

Les cas auxquels ce chirurgien a appliqué le morcellement par la voie vaginale comprennent non seulement des tumeurs sous-muqueuses du volume d'une tête d'enfant ou d'adulte, mais encore des cas de tumeurs interstitielles et sous-péritonéales, ce qui entraîne fatalement la large ouverture de la séreuse. Aussi, dans ces cas-là, Péan a-t-il dû souvent terminer l'opération par l'ablation totale de l'utérus, soit par la voie vaginale, soit par la voie abdominale¹. Il y a là, peut-être, une extension exagérée et dangereuse du procédé; le point faible de cette méthode réside justement, me semble-t-il, dans la difficulté de déterminer les limites qu'elle ne doit pas franchir, et dans la possibilité d'entraîner l'opérateur à pratiquer l'hystérectomie après des manœuvres déjà laborieuses.

Technique opératoire du morcellement.

L'opération se divise en plusieurs temps : 1° Libération du col des insertions vaginales; 2° section du col et du segment de l'utérus jusqu'au niveau de la tumeur; 3° morcellement de la tumeur, suivi ou non de son énucléation partielle; 4° excision ou suture des lèvres du col.

Pour cette opération, Péan emploie toute une série de pinces droites et courbes, à mors longs, plats, dentés et non dentés, avec ou sans pointes, ronds ou carrés, destinées spécialement au morcellement (fig. 149 et 150); enfin, il faut être amplement muni de pinces à forcipressure, du modèle ordinaire et à long manche.

Les soins préliminaires sont analogues à ceux de toute opération gynécologique.

La malade est placée dans la position latérale gauche. Jambe gauche étendue, jambe droite fléchie et soutenue par un aide assis. Outre les deux autres aides, placés à droite et à gauche de l'opérateur, un quatrième, monté sur un tabouret et placé sur un plan un peu plus reculé, pourra être fort utile pour tenir des rétracteurs.

Premier temps. Libération du col². — Deux ou trois rétracteurs coudés tenus par deux aides découvrent le col au fond du vagin : le col est saisi, immobilisé avec une forte pince de Museux; une incision circulaire est pratiquée avec le bistouri au niveau des insertions vaginales; des pinces hémostatiques, selon le besoin, sont placées

¹ SÉCHEYROX. *Loc. cit.*, p. 76 et 77.

² La description de l'opération est empruntée, à peu près textuellement, à SÉCHEYROX.

sur les vaisseaux saignants de la surface vaginale. C'est le moment de l'opération où ces pinces sont le plus nécessaires, car, avant de la poursuivre, il faut obtenir une hémostase complète. La désinsertion se poursuit assez haut, au pourtour du col. Le col est cerné de près avec le bistouri, surtout en avant, afin de ne léser ni la vessie, ni les uretères, et devient ainsi fort mobile, libre comme un battant de cloche.

Dans ce temps de l'opération, il faut prendre quelque soin, pour ne pas blesser le péritoine. Cet accident n'a cependant pas la gravité qu'on pourrait lui supposer; dans certains cas même, d'après Péan, il est indiqué de faire cette perforation, pour atteindre un corps fibreux faisant saillie dans les culs-de-sac.

Deuxième temps. Incision du col et du segment inférieur de l'utérus jusqu'au corps fibreux. — De longs ciseaux droits, à bouts mousses, sont introduits ouverts dans la cavité cervicale et l'on fait une section bilatérale nette, de manière à transformer le col en deux valves, l'une antérieure et l'autre postérieure. Une pince de Museux est placée sur chacune de ces valves. Le doigt, introduit dans le vagin et dans la cavité utérine, indique le siège exact de la tumeur, le point où elle sera le plus facilement accessible. Elle se distingue des parois utérines, grâce à son aspect plus blanc, moins violacé, et surtout grâce à sa consistance plus dense. Pendant cette exploration, il est facile de s'aider de la traction et de l'abaissement de l'utérus.

Troisième temps. Morcellement de la tumeur. — La tumeur est saillante vers la cavité de l'utérus ou vers le péritoine, ou directement vers le vagin. Elle est abaissée par une traction soutenue, avec une pince de Museux, ou avec des pinces longues, à mors dentés plats et fenêtrés ou munis de pointes (fig. 149 et 150). Avec ces pinces, la tumeur ne se déchire pas aussi vite, la prise étant plus solide. Des rétracteurs coudés introduits, les uns, grands, dans le vagin, les autres, petits, dans l'utérus, découvrent le champ opératoire aussi largement que possible. Ces rétracteurs ne servent pas seulement à donner du jour, ils constituent en même temps un précieux moyen d'hémostase par la pression et les tractions qu'ils exercent. Si besoin en est, une lampe électrique vient jeter une vive lumière sur le champ opératoire.

La tumeur fibreuse est découverte ou sentie avec le doigt : elle est saisie avec des pinces et fortement tirée en bas. Elle peut d'abord être prise, en partie, par une forte pince dentée; une incision profonde, perpendiculaire au grand axe de la tumeur, est pratiquée; chacune des lèvres de la section, ou au moins l'une des lèvres, est saisie aussi haut que possible avec une forte pince à dents ou à pointes; la partie sous-jacente à la pince est excisée. Avant d'enlever

la première pince, une seconde est glissée au-dessus de la première; une nouvelle partie du myome se trouve enserrée; les ciseaux, le bistouri, coupent les parties sous-jacentes à la pince précédente. Ainsi, avec l'aide des pinces, du bistouri et des ciseaux, on extirpe, morceau par morceau, une partie de la tumeur (fig. 148).

Les bistouris dont se sert Péan sont d'une très grande force, toute spéciale, ressemblant à de petits *couteaux à métacarpiens* droits ou courbés sur le plat, à longs manches, plutôt qu'à des bistouris à avivement.

Très souvent la manœuvre est simplifiée; le myome ne saigne pas;

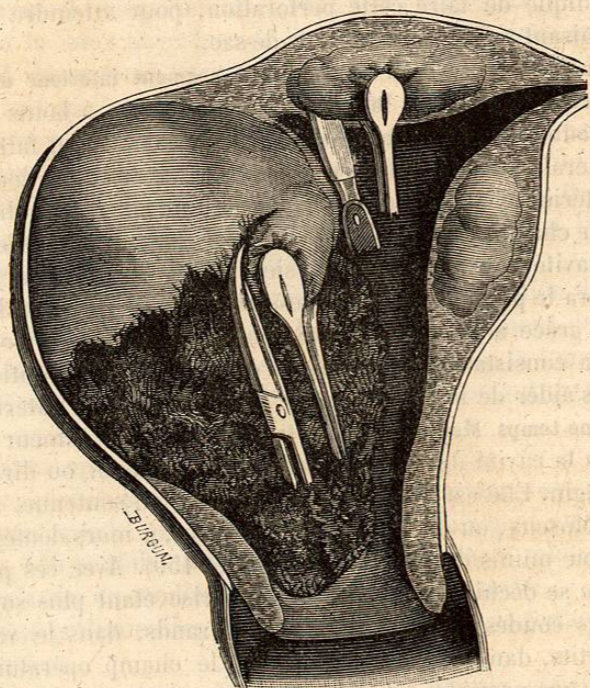


Fig. 148. — Morcellement des corps fibreux, d'après Péan.

aussi l'emploi des pinces peut-il se borner à saisir et à abaisser des parties de la tumeur. Les ciseaux, le bistouri, coupent le myome au-dessus du fragment, saisi entre les mors des pinces. L'évidement se continue alternativement sur l'une ou l'autre partie de la tumeur. A mesure que l'opération progresse, les tractions opérées à chaque pincement, avec des pinces à mors larges et plats (fig. 149 et fig. 150, A), permettent d'enlever des fragments plus gros. Ceux-ci sont parfois du volume d'une noix ou d'une pomme. L'évidement de certains myomes est simple; chaque traction permettant l'ablation d'un gros fragment formé d'un tissu dur, absolument exsangue, l'opération

se ferait à blanc, si l'on n'avait été obligé de libérer et de sectionner le col de l'utérus. Quatre ou cinq pinces courbes, introduites et incessamment retirées, permettent d'extraire ainsi des fragments successifs, dont l'ensemble dépasse quelquefois les deux poings. Ces manœuvres exigent souvent une heure.

Lorsque les parties inférieures de la tumeur ont été enlevées, il est parfois possible d'obtenir, par des tractions aidées des mouvements de rotation, la décortication spontanée de la partie supérieure de la tumeur. Cette particularité abrège le temps de l'opération d'une manière considérable. Quelques efforts enlèvent alors les dernières parties formant la calotte supérieure de la tumeur. Le volume de la masse, énucléée par la traction simple, peut dépasser celui de la masse enlevée au préalable.

Le morcellement aidé de l'énucléation permet, d'après Péan, l'ablation de tumeurs dont l'ensemble atteint et dépasse le volume d'une tête de fœtus à terme. Lorsque le corps fibreux présente une pareille grosseur, presque toujours la loge intra-musculaire qui le contenait se trouve largement ouverte, communique avec l'intérieur de l'utérus et du péritoine et saigne assez abondamment

pour qu'il soit utile de pincer des vaisseaux assez importants. Ce temps de l'opération nécessite alors la dissection de toute la partie inférieure de l'utérus, de manière à mobiliser cet organe et à l'attirer près de la vulve. Pour le faciliter, Péan excise, au besoin, les deux lèvres du col et les suture ensuite aux bords de la plaie, faite à la muqueuse des culs-de-sac vaginaux. Il fait cette suture avec des fils métalliques. Quant à la communication qui existe avec la cavité

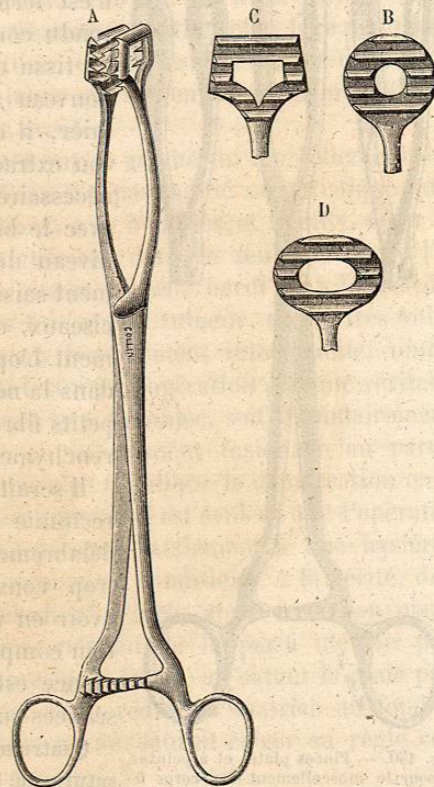


Fig. 149. — Pinces à kyste dentées, pouvant être utilisées pour le morcellement des corps fibreux.

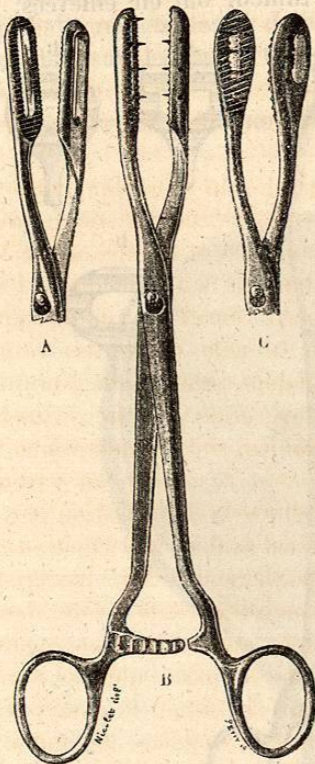
A. Pinces dentées à plateau fenêtré carré (Péan). — B. Pinces dentées à plateau fenêtré rond (pinces à kyste de Nélaton). — C. Pinces à plateau fenêtré et denté. — D. Pinces à plateau ovale.

péritonéale, Péan la laisse intacte, si elle est trop contuse, quitte à la rétrécir par quelques points de suture à points séparés¹.

Il est très facile de se rendre compte de l'ablation complète du myome; les dernières parties extraites par traction et énucléation offrent une surface convexe, lisse, plus rouge, recouverte de petits débris cellulux. Ce temps de l'opération n'est terminé que si l'opérateur s'est rendu compte, avec le doigt, de l'état du tissu utérin voisin. S'il reconnaît un nouveau myome au voisinage du premier, il doit sur-le-champ procéder à son extraction. Il aura recours, s'il est nécessaire, à un débridement de l'utérus avec le bistouri; il arrivera ainsi au niveau du myome. Celui-ci sera fortement saisi, et, à l'aide de pinces et de ciseaux, on en effectuera le morcellement. L'opérateur pourra ainsi se trouver dans la nécessité d'enlever des séries de petits fibromes, échelonnés dans le parenchyme.

Il serait indiqué de recourir à l'hystérectomie totale dans le cas où les délabrements ainsi produits seraient trop considérables. On doit toujours avoir en vue l'idée de faire une opération complète. L'opération en une seule séance est bien préférable à plusieurs séances successives.

Quatrième temps. Toilette de l'utérus; suture du col. — Dès que la tumeur est enlevée, il en résulte une vaste poche qui communique largement avec la cavité utérine. Des pinces hémostatiques à longs manches saisissent les points



Soins consécutifs au morcellement.

Fig. 150. — Pinces plates et à pointes, pour le morcellement des corps fibreux (Péan).

A. Pince plate à plateau fenêtré allongé. — B. Même pince, avec pointes. — C. Pince à plateau fenêtré rond, avec pointes.

saignants et sont laissées à demeure au nombre de 12, 15 ou même 20. La pose des pinces ne s'effectue pas à l'aveugle. Pendant toute l'opération, de petites éponges, portées au bout de bâtonnets, sont employées par Péan à essuyer les parois et à découvrir les points saignants (je les remplace par des tampons de coton hydrophile). Cette

¹ PÉAN, cité par SÉCHÉTRON. *Traité d'hystérotomie et d'hystérectomie par la voie vaginale*, p. 172.

dernière partie de l'opération constitue la toilette du champ opératoire; elle doit être exécutée avec soin. Les plus petits caillots seront enlevés. Entre les pinces laissées à demeure en nombre variable, suivant l'exigence de l'hémorrhagie (de 10 à 15), il est prudent de placer quelques tampons de gaze iodoformée. Une irrigation intra-utérine de solution antiseptique chaude doit précéder l'application de ces tampons. Les pinces seront enlevées 36 à 48 heures après l'opération. Dans les cas où la tumeur est petite, et sa loge peu étendue, on peut terminer l'opération, en suturant les lèvres du col. Il est bon, durant les premiers jours qui suivent, de donner aux malades de petites doses de seigle ergoté.

Il est difficile de se prononcer sur la gravité du morcellement des fibromes par cette méthode. Péan n'a pas publié sa statistique intégrale. Terrillon¹, sur 5 opérations, a eu 5 succès, et Bouilly, 4 sur 5. Je lui ai dû moi-même une guérison dans le seul cas où je l'ai employé. Il me paraît certain que ce procédé hardi doit donner des résultats excellents toutes les fois que la tumeur, même très volumineuse, est sous-muqueuse ou franchement interstitielle, munie d'une capsule qui permette de terminer l'opération par une véritable énucléation. Mais si l'on attaque soit d'emblée, soit secondairement, une tumeur sous-péritonéale ou intimement fusionnée au parenchyme utérin, de telle sorte que rien n'indique la démarcation entre le tissu pathologique et le tissu normal, il est évident que l'opération devient très grave et conduit presque fatalement à une hystérectomie vaginale, faite dans de mauvaises conditions. A la vérité, dans une opération audacieuse, Mikulicz² a bien, après inversion opératoire de l'utérus, réséqué une portion de la paroi utérine pour enlever une tumeur de ce genre, puis suturé au catgut la plaie péritonéale de dix centimètres, et enfin réduit la matrice au fond du vagin; sa malade guérit; mais on ne saurait ériger en règle cette téméraire prouesse chirurgicale.

Il ne suffit pas qu'une opération soit possible et même ait donné de brillants succès pour qu'on la recommande; il faut encore et surtout qu'elle soit préférable aux autres opérations qu'on peut faire pour les mêmes cas, c'est-à-dire qu'elle soit moins grave. Or, en l'absence de statistiques comparatives, il ne paraît pas, *a priori*, vraisemblable que le morcellement des très gros myomes par la voie vaginale soit plus simple et moins dangereux que l'hystérectomie abdominale ou l'énucléation intra-abdominale (Martin). On peut

¹ O. TERRILLON. *Ablation par la voie vaginale des fibromes utérins volumineux interstitiels et à large base d'implantation* (Bull. et Mém. de la Soc. de Chir., 15 mai 1889, p. 405) et *Progrès méd.*, 12 avril 1890. — BOULLY. *Bull. et Mém. Soc. Chir.*, 1889, p. 419.

² J. MIKULICZ. *Wien. med. Woch.*, 1885, n° 10, p. 269.

Gravité.

Hystérectomie
vaginale.

dire, du reste, qu'ici le tempérament et les habitudes du chirurgien jouent trop souvent un rôle capital¹.

Hystérectomie vaginale. — L'ablation totale de l'utérus pour fibromes a été conseillée dans deux circonstances différentes : 1° dans les cas de petites tumeurs, simples ou multiples, donnant lieu à des accidents sérieux ; 2° dans les cas de grosses tumeurs, lorsqu'à la fin d'une opération de morcellement on se trouve absolument forcé d'enlever une partie de la paroi utérine ; c'est dans ce dernier cas une opération de *nécessité*, sur laquelle je n'ai pas à m'étendre. Dans les petites tumeurs, au contraire, l'opération de l'hystérectomie *de choix* ne compte encore que quelques partisans, et la plupart des chirurgiens lui préfèrent, à juste titre, je crois, une opération moins grave, la castration. Il semble qu'ici encore les tendances individuelles soient prépondérantes. Ainsi, Péan, par exemple, paraît faire l'hystérectomie vaginale qu'il appelle la *castration utérine*, pour les mêmes cas où tel autre pratiquerait l'hystérectomie abdominale et tel autre encore la *castration ovarienne*. A vrai dire, ces trois opérations ont, les unes et les autres, de grandes chances de succès dans les seuls cas où l'on puisse réellement hésiter entre elles, c'est-à-dire dans les cas de tumeurs fibreuses petites et multiples, donnant lieu à des accidents.

La colpo-hystérectomie pour les fibromes a d'abord été érigée en méthode par Kottmann². C'est Péan³ qui, le premier, l'a pratiquée en France, d'une façon systématique. Demons⁴ l'a aussi préconisée. Des observations heureuses ont été publiées par Sanger, Mandach, Leopold, Richelot, Terrier et Spaeth⁵. D'après Gavilan, sur quatorze cas d'hystérectomie vaginale pour fibromes on ne compterait que 2 morts, soit 14,28 pour 100. Leopold, sur 21 opérations, n'a observé que 3 morts, soit 14,3 pour 100. Martin⁶ a été moins heureux : sur 9 opérations, il a eu 2 morts, soit 22 pour 100.

¹ Je n'en veux d'autre preuve que la comparaison des deux figures données par HOFMEIER in *Grundriss der gynäkol. Operat.*, 1888, fig. 105 et 106, si analogues au point de vue des connexions de la tumeur, et représentant : la première, un corps fibreux opéré par la voie vaginale (Hofmeier) ; la seconde, un corps fibreux enlevé par la voie abdominale (Schröder) ; succès dans les deux cas.

² KOTTMANN. *Corresp. f. schweiz. Aerzte*, janv. 1882, n° 2, p. 42.

³ PÉAN. *Bull. de l'Acad. de méd.*, 1882, et *Gaz. des hôp.*, janv. 1886. — GOMET. Thèse de Paris, 1886.

⁴ DEMONS. *Revue de chir.*, 1884, p. 652.

⁵ SANGER. *Arch. f. Gyn.*, 1885, Bd. XXI, p. 99. — MANDACH. *Correspond.-Bl. f. Schweizer Aerzte*, 1882, n° 10, p. 289. — LEOPOLD. *Centr. f. Gyn.*, 1888, p. 472. — RICHELLOT, TERRIER in A. P. GAVILAN. *De l'hystérectomie vaginale dans les cas de fibromes utérins*, thèse de Paris, 1888. — SPAETH (élève de PROCHOWNICK). *Ein Fall von vagin. Totalexstirp.* (*Centr. f. Gyn.*, 1889, n° 35, p. 609). — LEOPOLD in F. MUNCHMEYER. *Ueber die Endergebnisse und weitere Ausdehnung der vagin. Totalexstirpation der Gebärmütter.* (*Arch. f. Gyn.*, 1889, Bd. XXVI, Heft 3.) — LEOPOLD. *Arch. f. Gyn.*, 1890, Bd. XXXVIII, Heft 1.

⁶ MARTIN. *Centr. f. Gyn.*, 1890, p. 797.

Le manuel opératoire est celui que je décrirai plus loin (p. 394) pour l'hystérectomie vaginale dans le cancer. Il faut seulement remarquer qu'ici le morcellement n'offre aucun danger d'infecter la plaie, le néoplasme (à moins toutefois de suppuration ou de gangrène) n'étant pas septique. On a donc pu retirer de grands bénéfices de la section ou du morcellement de l'utérus pour en faciliter l'extraction. On a eu recours aussi soit à la dilatation préalable du vagin et de la vulve (Péan), soit à des débridements de ces régions (Mikulicz, Leopold) qu'il faut restaurer avec soin, à la fin de l'opération. Je noterai la nécessité absolue de faire l'hystérectomie complète, sans laisser dans l'abdomen de portion de tissu utérin adhérent au ligament large. La décomposition d'un pareil lambeau a entraîné la mort par péritonite septique, dans un cas de Terrier¹.

Cette méthode de traitement des fibromes me paraît devoir être réservée aux cas où l'utérus relativement peu volumineux, mais comprimant des organes importants, peut être extrait sans grands efforts et sans longs morcellements par les voies naturelles, avec une ligature facile des ligaments larges. C'est à ce prix seulement que l'opération est bénigne, et peut être substituée à l'hystérectomie abdominale. Pour préciser davantage, je conseillerai l'hystérectomie vaginale dans les cas où l'utérus ne dépasse pas très notablement le volume du poing, et dans les circonstances suivantes : 1° hémorragie menaçant de devenir rapidement mortelle, si l'on n'en supprime la source immédiatement ; 2° compression grave (uretère, vessie, nerfs, rectum) exercée par un petit fibrome pelvien, sur le développement duquel l'action indirecte de la castration serait longue à s'établir et peut-être insuffisante. — Dans tous les autres cas, si la tumeur ne peut être énucléée par le vagin ou par l'abdomen, en respectant l'utérus, je préférerais la castration contre les accidents hémorragiques, et l'hystérectomie abdominale, quand le volume et les connexions de la tumeur réclament l'extirpation de l'organe. Malgré les dangers indéniables de la laparotomie, une hystérectomie abdominale simple sera toujours moins grave qu'une hystérectomie vaginale très laborieuse².

Destruction des corps fibreux par la voie vaginale. — Je réunis, sous ce titre, diverses opérations qui ne rentrent pas dans les cadres précédents et qui doivent au moins être signalées, quoique simplement à titre historique.

¹ GAVILAN. *Loc. cit.*, p. 44.

² La voie pelvienne, après résection du sacrum, paraît devoir rendre de grands services dans beaucoup de corps fibreux pelviens pour lesquels on a pratiqué jusqu'ici l'hystérectomie vaginale ou abdominale. Je renvoie pour la technique de cette opération qui a été surtout appliquée en gynécologie au traitement du cancer de l'utérus (p. 414).

Manuel opératoire.

Destruction des corps fibreux, par la voie vaginale.

Dilacération.

Destruction partielle par dilacération. — Baker Brown¹ a imaginé de provoquer le processus naturel qui amène parfois la guérison des fibromes, par gangrène et élimination consécutive. Voici comment il a procédé : incision de la capsule ; introduction dans l'épaisseur du fibrome de ciseaux spéciaux coupant par leur bord externe, et dilacération de la masse morbide ; d'autres fois, ablation d'un fragment conoïde ou perforation de la tumeur avec une sorte de trépan.

Cautérisation.

Destruction partielle par cautérisation. — Greenhalgh², dans le même but, incisait la capsule au fer rouge et, une fois la suppuration établie, enlevait les débris avec la main ; dans des cas de tumeurs rétro-vaginales, il perforait à diverses reprises au fer rouge les points les plus saillants à travers le vagin ; dans deux cas sur trois, la mort survint par péritonite.

On peut rapprocher de cette conduite celle que Kœberlé³ a adoptée pour les fibromes qui lui paraissent inaccessibles par la voie sus-pubienne. Ayant dilaté le col, il fit dans un cas de ce genre une série d'incisions parallèles dans la tumeur où il introduisit une quantité suffisante de perchlorure de fer pour déterminer la mortification des couches interposées.

¹ BAKER BROWN. *Obst. Trans.*, 1859, t. I, p. 529, et 1861, t. III, p. 67.

² ROBERT GREENHALGH. *On the use of the actual cautery in the enucleation, etc.* (*Med. chir. Trans.*, 1876, t. LIX, p. 41.)

³ KÖEBERLÉ. *Gaz. méd. de Strasbourg*, 1875, n° 6, p. 72.

CHAPITRE IV

TRAITEMENT DES CORPS FIBREUX A ÉVOLUTION ABDOMINALE.
MYOMECTIONIE ET HYSTÉRECTOMIE.

Aperçu historique. — Synonymie. — Indications générales. — Classification des corps fibreux abdominaux, au point de vue opératoire. — Hémostase provisoire par ligature élastique. — Myomectionie. — Énucléation intra-péritonéale. — Hystérectomie partielle et supra-vaginale. Technique opératoire. — Traitement du pédicule. Méthode intra-péritonéale (procédé de Schröder). Méthode extra-péritonéale (procédé de Hegar). Procédés spéciaux : Procédé de Olshausen (ligature élastique, perdue). Procédé de Zweifel (ligatures partielles juxtaposées). Méthode mixte : Procédé Wölfler-Hacker. Procédé de Sanger. Extirpation du pédicule, hystérectomie totale (procédé de Bardenheuer). — Décortication des corps fibreux intra-ligamentaires. — Gravité de l'hystérectomie. Accidents opératoires. Hémorragie. Blessure de la vessie. Blessure de l'uretère. Blessure de l'intestin. Causes de la mort après l'hystérectomie abdominale. Hémorragie. Septicémie. Shock. Embolie. Occlusion intestinale. Gravité absolue et parallèle des méthodes intra et extra-péritonéale. Choix de la méthode.

L'hystérectomie ou l'ablation, à travers les parois de l'abdomen, des corps fibreux faisant saillie dans cette cavité, est fille de l'ovariotomie. Cette opération, à ses débuts, n'a pas été préméditée ; elle est le produit d'erreurs de diagnostic. Après avoir ouvert le ventre pour enlever une tumeur présumée ovarique, il est arrivé à des chirurgiens de se trouver en présence de corps fibreux de l'utérus. Les premiers qui commirent cette méprise reculèrent devant les dangers d'une opération inconnue ; ils se hâtèrent de refermer le ventre sans achever l'opération. Tels furent les cas de Lizars en 1825, de Dieffenbach en 1826 et, plus récemment, ceux de Atlee (1849-51), de Baker-Brown, de Cutter, de Deane, de Mussey, de Smith. On compte 14 faits de ce genre publiés à cette période, dont 5 ont été suivis de mort¹. Quelques chirurgiens s'enhardirent jusqu'à extirper des fibromes sous-séreux pédiculés. Granville, en 1837, eut un insuccès ; en 1844,

Aperçu
historique de
l'hystérectomie
abdominale.

¹ Voir pour les indications bibliographiques : S. POZZI. *De la valeur de l'hystérotomie*, etc. Paris, thèse d'agrég., 1875, p. 5. — HEGAR et KALTENBACH. *Traité de gynéc. opératoire*, trad. franç., 1885, p. 344. — P. ZWEIFEL. *Die Stielbehandlung bei der Myomectionie*, Stuttgart, 1888. — CATERNAUT. *Essai sur la gastrotomie dans les cas de tumeurs fibreuses péri-utérines*, thèse de Strasbourg, 1866.