

trompe et le ligament rond. Quand on est arrivé à dégager la partie supérieure du col, on y place la ligature élastique. Quelques auteurs conseillent d'aller, immédiatement au-dessous d'elle, à la recherche des artères utérines, dont on essaye de sentir les battements, descendre saillie sur les côtés de l'utérus; il faut, pour les trouver, descendre jusque auprès des replis de Douglas (qui limitent le cul-de-sac de ce nom) et s'éloigner d'un travers de doigt du col, à cause des uretères. Cette ligature se fait en masse, et comprend une petite épaisseur des

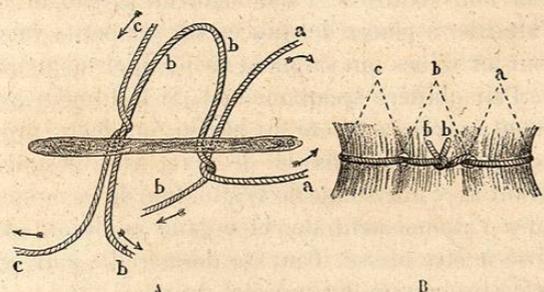


Fig. 135. — Ligature en chaîne.
A. Placement des fils. — B. Les fils sont noués.

parties molles voisines qu'on charge avec l'artère sur l'aiguille mousse. Elle n'est nécessaire que lorsque la ligature élastique est provisoire et doit être enlevée, comme dans les méthodes de traitement intra-péritonéal du pédi-

culé. Un des grands avantages de la méthode extra-péritonéale me paraît être de dispenser de ce temps dangereux. Il vaut toujours mieux enlever les annexes; certains opérateurs, à la vérité, attachent peu d'importance à les laisser en place, pensant qu'elles ne tardent pas, après l'hystérectomie, à s'atrophier; leur extirpation est toutefois préférable. On a, en effet, signalé des accidents, hématocele pelvienne (Péan, Kœberlé), grossesse extra-utérine (Kœberlé), qui doivent faire pratiquer la castration simultanément, quand elle n'offre pas de difficultés, par suite d'adhérences étendues¹.

Quand l'utérus est ainsi suffisamment libéré de ses attaches périphériques, on place sur le col le cordon élastique et l'on sectionne la tumeur. Une première incision antéro-postérieure la divise franchement jusqu'à deux travers de doigt de la ligature hémostatique; puis on enlève rapidement le fibrome par section et énucléation.

A ce moment la conduite du chirurgien différera, selon qu'il entend suivre l'exemple de Hegar (traitement extra-péritonéal du pédicule) ou celui de Schröder (traitement intra-péritonéal).

¹ GRAMMATIKATI (de Saint-Petersbourg) a démontré, par des expériences sur des lapins et par l'examen d'une pièce provenant d'une femme opérée, depuis trois ans, d'hystérectomie par le professeur Lebedeff, que les ovaires continuent à fonctionner après l'extirpation isolée de l'utérus (*Centr. f. Gyn.*, 1889, n° 7, p. 105). — D'après ses propres recherches, GLAEVECKE (*Arch. f. Gyn.*, 1889, Bd. XXXV, Heft 1, p. 1) conclut dans le même sens.

Méthode du traitement intra-péritonéal du pédicule. — Je le décrirai, en me conformant à la technique de Schröder, exposée par son élève Hofmeier¹.

En procédant à l'ablation de la tumeur on aura soin de finir par une incision circulaire dis ante d'au moins 3 centimètres de la ligature, portant d'abord sur la péritoine et n'allant plus profondément qu'après avoir un peu décollé cette membrane qui s'est rétractée, de façon que la manchette de tissu conservée soit en partie formée

intra-péritonéale. Procédé

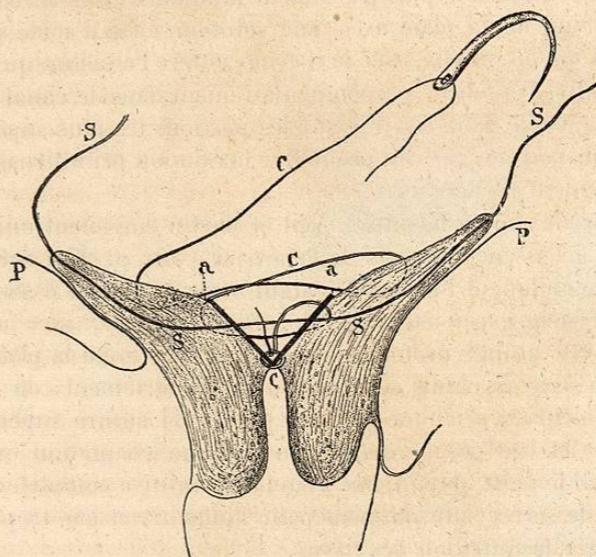


Fig. 134. — Suture du pédicule dans la méthode intra-péritonéale (Schröder).

S. Suture profonde à la soie, passée en premier lieu sous toute la surface cruentée. — C. Suture continue au catgut, à étages superposés, affrontant la totalité de la plaie dont la partie inférieure est marquée par une épaisse ligne noire *aa* formée par la cavité utérine cautérisée. — P. Revêtement péritonéal.

par la séreuse. On régularise alors, à coups de ciseaux, cette manchette qui doit être suffisante pour recouvrir la totalité de la plaie, grâce à une légère traction. On recherche à la surface de la plaie les vaisseaux béants qui s'y peuvent trouver, et on les lie au catgut.

Un temps important est constitué par la destruction et la désinfection de la muqueuse de la cavité utérine qui se trouve au fond de la plaie. Il n'est pas douteux que cette ouverture de l'utérus ne constitue une condition défavorable pour le traitement intra-péritonéal,

¹ HOFMEIER. *Manuel de gynéc. opératoire*, traduit par LAUWERS, Paris, 1889, p. 253.

car l'infection peut venir de là. A la vérité, quelques auteurs, Martin¹, par exemple, lui attribuent peu d'importance. Mais Hofmeier², analysant les opérations de Schröder, a péremptoirement établi cette influence (sur 21 opérations sans ouverture, 2 morts; sur 59 avec ouverture, 18). Il importe donc de réduire ce danger au minimum, en assurant d'une part une cicatrisation rapide par un affrontement exact, en modifiant d'autre part énergiquement la muqueuse, au voisinage de la plaie. Dans ce but, Olshausen³ a donné le conseil d'évider largement le fond de la plaie en forme d'entonnoir, en disséquant et enlevant le plus possible de muqueuse. Il faut aussi cautériser le fond de la plaie avec une solution forte d'acide phénique (5 pour 100), ou, mieux, avec le thermocautère Paquelin, qu'il ne faut pas craindre d'enfoncer perpendiculairement dans le canal cervical. On ne fera pas de cautérisation sur les portions les plus superficielles de la plaie, pour ne pas compromettre la réunion primitive qu'on doit soigneusement rechercher.

On procède alors à la suture. Veit et Martin emploient uniquement le catgut à l'essence de bois de genévrier (voir p. 27); Schröder et Hofmeier combinent l'usage du catgut et de la soie. S'il s'agit d'une surface cruentée peu étendue, il suffit de passer, avec une forte aiguille, des sutures profondes cheminant sous toute la plaie, et formant une série de points séparés, qu'on lie fortement; on complète l'affrontement du péritoine par des points de suture superficiels. Il faut, en effet, ne pas perdre de vue qu'une coaptation exacte est indispensable pour obtenir une réunion primitive complète; la difficulté est de serrer suffisamment pour l'obtenir, et pas trop pour ne pas entraver la nutrition des tissus.

Pour peu que la plaie soit étendue, il faut renoncer à ce moyen simple, car on devrait, pour amener l'affrontement parfait, beaucoup trop serrer les sutures profondes, qui couperaient le tissu utérin. On recourra alors à la suture continue à plans superposés, au catgut, très préférable à la suture à plans superposés⁴ avec des points séparés à la soie, que Schröder employait primitivement. Toutefois, pour se mettre en garde contre l'absorption trop rapide du catgut, qu'il faut surtout craindre si les tissus sont très résistants, on aura soin, avant de commencer la suture continue, de placer quelques points de *suture de soutien* à la soie, cheminant dans toute l'épaisseur de

¹ CZEMPIN (assistant de Martin). *Zeitschr. f. Geb. und Gyn.*, 1888, Bd. XIV, Heft 1, p. 228.

² HOFMEIER. *Die Myotomie*, Stuttgart, 1884.

³ OLSHAUSEN. *Deutsche Zeitschr. für Chir.*, 1882, Bd. XVI, p. 171.

⁴ BRENNECKE (*Ein Wort für die Schröder'sche Methode der Myotomie*, in *Zeitschr. f. Geb. und Gyn.*, 1891, Bd. XXI, Heft. 1, p. 1) regarde comme la meilleure garantie de succès l'application minutieuse de la suture à étages. Il a pratiqué l'opération de Schröder dans quinze cas et il a ainsi obtenu quinze guérisons.

la plaie, de distance en distance. On ne les nouera qu'après avoir terminé la suture continue; il vaut mieux les placer ainsi d'avance, pour ne pas s'exposer à couper le catgut. Elles doivent être disposées un peu de biais, et non pas tout à fait perpendiculairement à l'axe de la plaie (Hofmeier), de manière à ne pas être parallèles aux vaisseaux qu'elles sont destinées à étreindre (fig. 154).

La plaie devra être réunie longitudinalement, c'est-à-dire dans une direction parallèle à la plaie abdominale (Gersuny, Fritsch, etc.).

Lorsqu'il a suturé le pédicule, selon le procédé de Schröder, et qu'il voit, après l'ablation du lien élastique, des gouttes de sang sourdre à la surface, le long des fils, Martin¹ n'hésite pas à traverser le milieu du pédicule d'avant en arrière avec une forte aiguille munie d'un fil quadruple et à le lier en deux moitiés. Dans les autopsies qu'il a eu l'occasion de faire, il n'a jamais vu de trace de mortification consécutive à cette ligature. Leopold emploie souvent le même procédé de ligature complémentaire.

Martin pratique toujours le drainage après l'hystérectomie intravaginale, si simple qu'ait été l'opération. Il déprime le cul-de-sac de Douglas avec une main introduite par le ventre derrière l'utérus, et, à l'aide d'une longue pince qui sert à saisir le tube en croix, il *crève*, à ce niveau, le vagin de bas en haut. L'extrémité inférieure du tube est toujours repliée dans le vagin et entourée de gaze antiseptique pour empêcher l'entrée des germes de l'air. On le retire vers le troisième ou quatrième jour, quand la malade commence à sentir un certain malaise particulier, du côté du bas-ventre (fig. 155).

Ce drainage, après les opérations simples, sans délabrements ou souillure du péritoine par des produits septiques, n'est pas généralement employé et me paraît excessif.

Méthode du traitement extra-péritonéal du pédicule (procédé de Hegar).

— On tâche de fermer le plus possible la cavité abdominale au-dessus de la tumeur, et l'on entoure celle-ci de compresses-éponges pour étancher le sang; on la coupe alors transversalement à deux travers de doigt au-dessus de la ligature élastique. A ce moment, on aper-

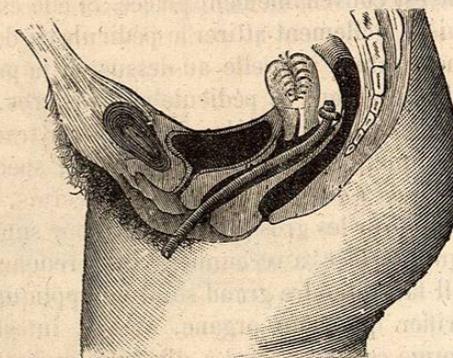


Fig. 155. — Drainage vaginal avec un tube en croix après l'hystérectomie abdominale (Martin).

Méthode extra-péritonéale. Procédé de Hegar.

¹ A. MARTIN. *Path. und Ther. der Frauenkr.*, 1887, p. 286.

çoit parfois, sur la coupe, des noyaux fibreux qui pénètrent dans le pédicule; on les énuclée sans danger d'hémorrhagie, le lien élastique se resserrant aussitôt et comprimant la loge vidée par la petite tumeur. Si l'on distingue sur les côtés la lumière de vaisseaux, on les lie isolément. On régularise la surface du moignon et on le maintient fortement attiré au dehors avec des pinces de Museux. On procède à la toilette du péritoine, et l'on se met en devoir de fixer le pédicule à la partie inférieure de la plaie. On peut utiliser le plus souvent la ligature élastique provisoire comme ligature définitive, si elle est convenablement placée. Si elle est située trop bas pour qu'on puisse facilement attirer le pédicule en dehors de la plaie, on placera une ligature nouvelle au-dessus de la première, avant de desserrer celle-ci. Quand le pédicule est très gros, il est bon, selon Hegar, de le lier en deux moitiés, après l'avoir transpercé avec un double lien élastique, à l'aide d'un instrument spécial, sorte de lardoire, l'*aiguille de Kaltenbach*¹. On peut, je crois, éviter cette complication en faisant sur les gros pédicules un tour supplémentaire avec le lien élastique. Tauffer² a récemment aussi renoncé à cet instrument.

Il faut prendre grand soin, en appliquant la ligature définitive, de vérifier qu'aucun organe, vessie, intestin, épiploon, n'est pincé, comme cela est arrivé à d'habiles opérateurs³. Pour cela, le toucher doit toujours être contrôlé par la vue.

Voici la manière de fixer définitivement la ligature : pendant qu'un aide maintient avec des pinces de Museux le pédicule en place, on fait exécuter au ligateur qui maintient le cordon élastique deux tours, de façon à croiser les extrémités de ce lien, en les tendant un peu, et l'on applique au niveau de l'entre-croisement, entre l'instrument et le col utérin, une ligature avec de la soie forte, nouée par le double nœud dit *du chirurgien* (p. 56, fig. 51, 2). On opère alors encore une légère traction sur l'instrument, de façon à tendre un peu plus les liens élastiques et à avoir la place de mettre une seconde ligature de sûreté, à quelques millimètres en avant de la première. On peut ensuite couper courts les chefs des fils de soie et laisser un peu plus de longueur à ceux du lien élastique, après avoir enlevé la pince ou le ligateur (p. 63-64, fig. 59 et 40).

La ligature élastique constitue un immense perfectionnement. Sa constriction, pour ainsi dire toujours active, se maintient et se poursuit en vertu de l'élasticité du lien qui a été fortement sollicitée, au moment de son application; elle n'est pas exposée à devenir trop lâche, à *faire bague*, comme des fils inextensibles.

¹ HEGAR et KALTENBACH. *Gynéc. opér.*, trad. franç. par BAR, p. 358.

² VOIR G. A. DIRNER. *Treatment of pedicle in myomotomy* (*Annals of Gyn.*, janv. 1888).

³ VEIT. *Soc. gynéc. de Berlin (Centr. f. Gyn.)*, 1887, n° 24, p. 588.

Une des particularités les plus importantes du procédé de Hegar est l'isolement exact du pédicule hors de la cavité abdominale par la suture du péritoine au-dessous du lien élastique. Hegar constitue ainsi le fond d'une *gouttière péri-pédiculaire* qu'il laisse béante par la non-réunion, au voisinage immédiat du pédicule, des plans aponevrotiques, adipeux et tégumentaires. Ce fossé empêche le pédicule destiné à se mortifier d'être étroitement emprisonné dans l'épaisseur des parties molles, et de les infecter. Il demeure isolé, comme le pistil au centre du calice de la fleur, et l'on peut autour de lui accumuler des topiques, destinés à le maintenir aseptique et à le momifier.

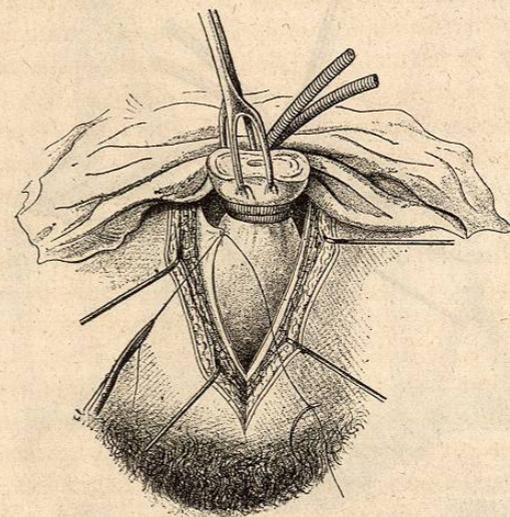


Fig. 156. Suture des parois abdominales au niveau du pédicule, dans l'hystérectomie supra-vaginale. Méthode extra-péritonéale.

Suture du péritoine en collerette autour du pédicule utérin, à sa partie inférieure. Suture commencée. (Le pédicule est très fortement attiré en haut, ce qui exagère beaucoup son éloignement du pubis.)

C'est surtout chez les femmes pourvues d'embonpoint que cette particularité technique est du plus haut intérêt.

Pour suturer le péritoine autour du pédicule, Tauffer⁴, à l'angle inférieur de l'incision abdominale, fixe par un nœud un long fil à deux chefs; il arme chacun d'eux d'une aiguille et il s'en sert pour coudre le péritoine à la surface du pédicule, immédiatement au-dessous de la ligature, à droite et à gauche. Je préfère, pour ma part, faire un surjet au catgut avec une seule aiguille (fig. 157). Il faut y apporter le plus grand soin, et affronter une collerette de péritoine pariétal, immédiatement au-dessous du lien élastique. On doit dans

⁴ G. A. DIRNER, *loc. cit.*

cette suture ne comprendre que la séreuse et se servir d'une aiguille courbe très fine, pour éviter, si possible, que les piqûres ne saignent. Il est bon d'aller saisir et de ramener près du pédicule, dans cette suture péri-pédiculaire, les moignons des ligaments larges, de manière à les fixer au contact immédiat du moignon utérin. Quand la collerette péritonéale est fixée autour du pédicule, on peut, avec la même aiguillée de catgut, continuer la suture isolée du péritoine dans toute la longueur de l'incision abdominale. On ajoute où il est nécessaire quelques points séparés pour compléter l'affrontement.

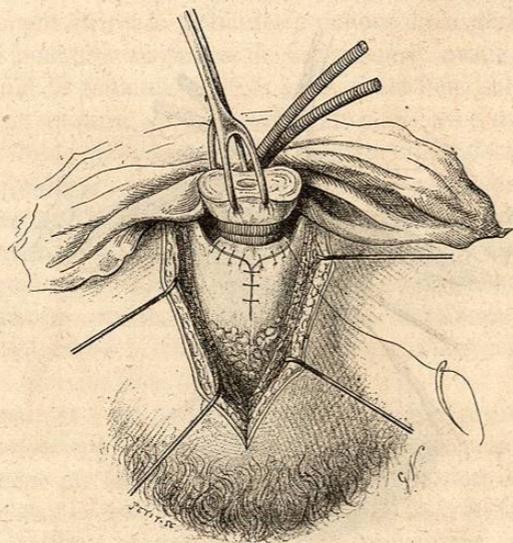


Fig. 157. — Suture des parois abdominales, au niveau du pédicule dans l'hystérectomie supra-vaginale. Méthode extra-péritonéale.
Suture du péritoine en collerette autour du pédicule utérin, à sa partie inférieure. Suture terminée. (Le pédicule est très fortement attiré en haut, ce qui exagère beaucoup son éloignement du pubis.)

La suture des autres plans des parois abdominales n'est commencée qu'à deux travers de doigt au-dessus du pédicule. Actuellement j'emploie, pour la réunion de ces parois, un surjet au catgut (fig. 158 et 160).

Au-dessous du pédicule lui-même, il n'est généralement pas utile de placer (sur l'incision du péritoine seulement) plus d'un ou deux points de suture.

Pour éviter que le pédicule ne descende outre mesure dans le pelvis, sous l'influence de l'élasticité des tissus, des mouvements, etc., on le traverse au-dessus de la ligature élastique avec deux fortes broches croisées en X dont on coupe aussitôt avec des cisailles les extrémités pointues. On les passe avec une poignée spéciale (fig. 159).

Ces broches ont, en outre, l'avantage d'empêcher le glissement de la ligature élastique. On place au-dessous de leurs extrémités de petits coussinets de gaze iodoformée, pour les empêcher de meurtrir les téguments (fig. 160). On donne alors, avec des ciseaux, au pédicule sa forme définitive, et l'on cautérise sa surface avec le thermo-cautère, après l'avoir entouré de compresses antiseptiques humides.

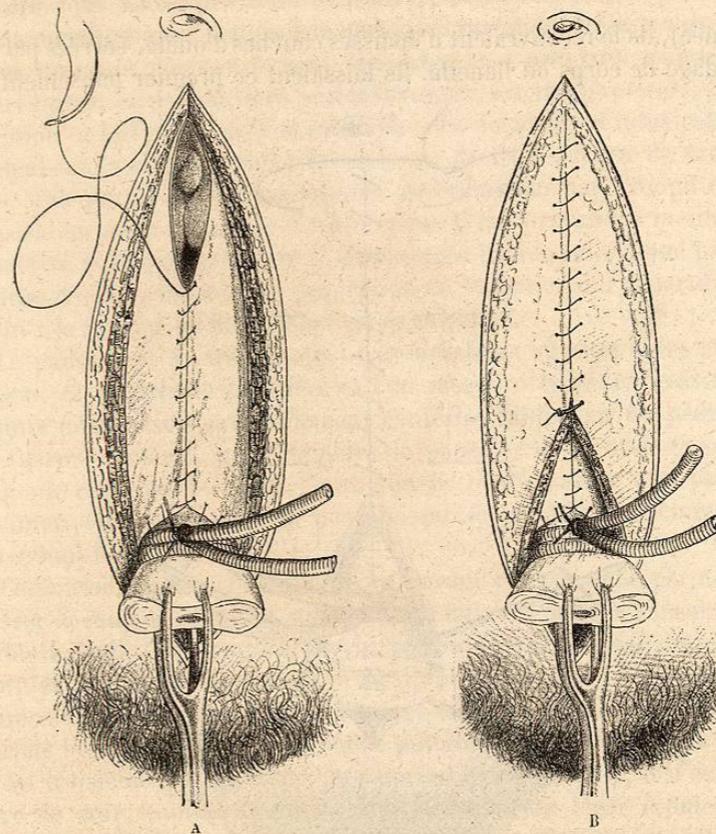


Fig. 158. — Suture des parois abdominales, au-dessus du pédicule dans l'hystérectomie supra-vaginale. Méthode extra-péritonéale.

A. Suture continue du péritoine au catgut.
B. Suture continue au catgut des plans musculo-aponévrotiques.

Jusqu'à ces derniers temps, Hegar, Kaltenbach, Tauffer, etc., faisaient ensuite le pansement suivant : dans la gouttière péri-pédiculaire, ils plaçaient du coton hydrophile imbibé d'une solution de chlorure de zinc à 10 pour 100, et soigneusement exprimé; ils badigeonnaient la surface du moignon avec une solution à 5 pour 100, en ayant soin d'éviter les fusées du liquide, et mettaient au centre du

pédicule, dans la cavité qu'il présente, un tampon de coton imbibé du même caustique : après un pansement antiseptique (gaze iodo-



Fig. 159. — Poignée pour passer les broches.

formée), ils le recouvraient d'épaisses couches d'ouate, serrées par un bandage de corps en flanelle. Ils laissaient ce premier pansement en

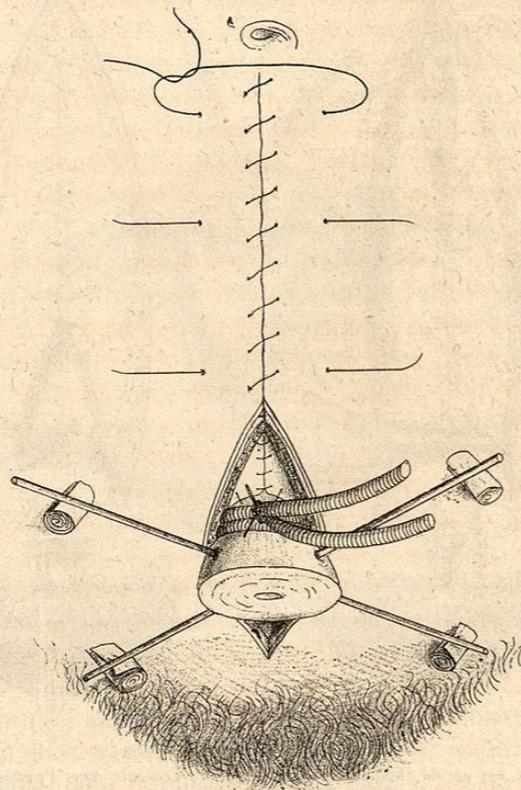


Fig. 160. — Suture des parois abdominales au-dessus du pédicule dans l'hystérectomiesupravaginale. Méthode extra-péritonéale.

Suture du péritoine en collerette autour du pédicule utérin à sa partie supérieure (le col est fortement déjeté en bas, pour mieux montrer la suture). Les sutures profondes pour les téguments sont placées et les sutures superficielles nouées au-dessus du pédicule. (Au-dessous, ces sutures n'ont pas encore été placées, pour pouvoir renverser le col en bas en vue de la démonstration.)

place de 5 à 7 jours, à moins d'indication spéciale. Le trouvant au bout de ce temps sec et dur, ils remplaçaient les tampons d'ouate placés autour du pédicule par des bandelettes de gaze iodoformée, et

touchaient de nouveau le pédicule avec la solution caustique, de manière à momifier l'eschare et à l'empêcher de devenir molle et fétide : dès lors, on faisait le pansement tous les jours, et, si le pédicule était volumineux, on devait enlever peu à peu les portions mortifiées.

Dans ces derniers temps, Kaltenbach¹ avait remplacé le chlorure de zinc (qui a l'inconvénient de faire des eschares trop étendues et de donner lieu à de petites hémorrhagies capillaires) par un pansement rare à la gaze iodoformée. Mais chez les sujets très anémiques et très gras, où la gouttière péri-pédiculaire est très profonde, l'absorption se fait avec rapidité et amène des accidents d'intoxication. Kaltenbach a alors employé le mélange de trois parties de tannin avec une partie d'acide salicylique, recommandé par Freund dans l'opération de la grossesse extra-utérine. Il en a retiré les meilleurs résultats, et Hegar également. J'ai remplacé l'acide salicylique par la poudre d'iodoforme dans la proportion de 1 partie pour 5 parties de tannin : je n'ai eu qu'à me louer de ce mélange.

Le pansement se trouve ainsi très simplifié; aussitôt après l'opération, on remplit la gouttière et l'on recouvre le pédicule avec la poudre (après avoir préalablement cautérisé l'intérieur du pédicule au thermo-cautère), puis on place le pansement. De cette façon le pédicule est comme tanné, sans que la cautérisation des parties vivantes soit à craindre. On peut laisser le premier pansement en place huit à dix jours.

Cette modification constitue un très grand progrès; elle permet de laisser la malade en repos, au lieu de la fatiguer par des pansements réitérés; enfin, la momification du pédicule étant obtenue d'un seul coup et en masse, on n'a pas à le diminuer de temps en temps à coups de ciseaux, en causant à l'opérée des ébranlements qui étaient parfois l'origine de petites embolies pulmonaires (Kaltenbach).

Au troisième ou quatrième jour après l'hystérectomie, il n'est pas rare de voir, comme après la salpingotomie, un léger écoulement sanguin se faire par le vagin; il n'a aucune signification inquiétante.

La ligature élastique tombe généralement du quinzième au vingtième jour, entraînant avec elle le pédicule et les broches. A sa place reste un entonnoir granuleux qu'on pansera avec de la gaze iodoformée, modérément tassée : il offre une profondeur souvent considérable, car il est rare que la mortification du pédicule s'arrête au niveau du lien élastique; elle le dépasse toujours plus ou moins vers la profondeur. Cette cicatrice crée un point faible à la paroi abdominale et nécessite l'usage d'une ceinture.

¹ HEGAR ET KALTENBACH. *Die operative Gynäk.*, 5^e édit., 1886, p. 506.

Si l'on laissait les ovaires en place, on pourrait observer, à chaque époque menstruelle, une hémorrhagie se faisant par la cicatrice.

On a rarement vu persister, à ce niveau; une fistulette abdomino-cervicale.

Procédés divers (ligature élastique perdue).

Procédés divers. Ligature élastique perdue. — Quoiqu'il ait été précédé dans cette voie par quelques faits isolés de Czerny¹ et de Kaltenschbach², c'est Olshausen³ qui a particulièrement recommandé la ligature élastique perdue. Il la nouait d'abord, puis la suturait autour du pédicule, par des fils de soie, pour l'empêcher de glisser. Ce procédé n'a été employé par Olshausen que dans les cas exceptionnels, où l'hémostase présentait de grandes difficultés. Il paraît y avoir aujourd'hui à peu près renoncé⁴, bien qu'ayant obtenu de très beaux succès dans des cas difficiles. Le pédicule ainsi lié ne se mortifie pas, mais continue à se nourrir un peu, soit au travers de la ligature élastique, soit, ce qui est plus probable, aux dépens des parties voisines. Quoi qu'il en soit, sa nutrition est très obscure et il subit un travail de nécrobiose granulo-graisseuse. Il y a eu, du reste, des cas où il a suppuré et a entraîné des accidents graves aboutissant soit à l'élimination de la ligature (Hegar), soit à une péritonite mortelle (Olshausen, Czerny, Hegar). D'autres fois, le lien élastique a été éliminé, sans que la malade en ait été incommodée. Ahlfeld⁵ en a cité un exemple d'autant plus remarquable que ce chirurgien compliqua encore le mode de ligature perdue, en fixant le cordon de caoutchouc par un anneau de plomb de 5 millimètres de diamètre, après avoir entouré deux fois le pédicule, puis écrasé cet anneau à l'aide d'une forte pince. Ce mode de fixation de la ligature élastique a été d'abord employé par Thiersch⁶, mais seulement pour le traitement extra-péritonéal. Il a ensuite été imité par Sängér⁷, qui l'a plus tard abandonné pour sa méthode mixte, après en avoir obtenu neuf succès, sans un seul revers.

¹ CZERNY. *Centr. f. Gyn.*, 1879, p. 519.

² HEGAR ET KALTENBACH. *Die operative Gynäk.*, 1881, p. 441.

³ OLSHAUSEN. *Deutsche Zeitschr. f. Chir.*, 1889, Bd. XVI, p. 171, et *Klin. Beitr. zur Gyn.*, 1884, p. 86.

Voir les intéressantes expériences faites par HEGAR sur les animaux, in KASPRZIK, *Zur intraperitonealen Stielversorgung bei Uterusfibromen, und zur partiellen Exstirpation von Organen und Geschwülste der Unterleibshöhle, mittelst elastischen Ligaturen* (Berlin. *klin. Woch.*, 1882, n° 12, p. 177). — Le procédé de Olshausen a été récemment repris en Italie par A. MARTINETTI, *Annali di ost. e gyn.*, 1888, n° 3, et en France par G. RICHELLOT. *Bull. et Mém. Soc. chir.*, oct. 1890, n° 9, p. 656.

⁴ OLSHAUSEN. *Congrès gyn. de Halle* (*Centr. f. Gyn.*, 1888, p. 389).

⁵ AHLFELD. *Berichte und Arbeiten aus der Klinik zu Giessen*, 1881-1882, p. 286. Leipzig, 1885.

⁶ THIERSCH. *Centr. f. Gyn.*, 1882, n° 40, p. 657.

⁷ SÄNGER. *Centr. f. Gyn.*, 1886, n° 44, p. 718.

Jé ne cite que pour mémoire les procédés suivants, à cause de leur originalité :

Ligature élastique perdue sous-péritonéale. — Schwarz¹ a imaginé

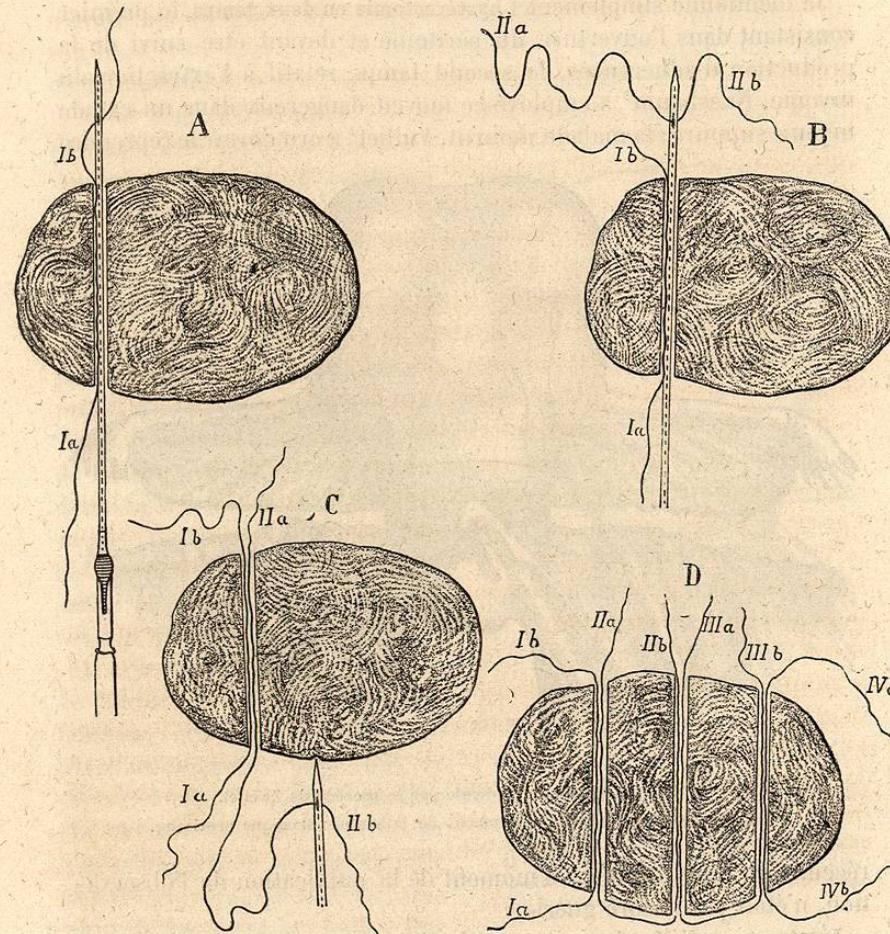


Fig. 161. — Ligature du pédicule par le procédé de Zweifel. Placement des fils (figure schématique).

A. Transfixion du pédicule avec l'aiguille montée armée du premier fil Ia Ib. — B. L'extrémité Ib du premier fil ayant été retirée du chas de l'aiguille, un second fil IIa IIb y est introduit : après quoi l'aiguille sera retirée pour l'entraîner après elle. — C. L'aiguille armée du second fil perfore de nouveau le pédicule à un travers de doigt de la première piqûre. La même manœuvre sera ensuite faite pour placer le troisième fil, etc. — D. Pédicule traversé par une série d'anses de fil ainsi déposées pour la ligature partielle juxtapposée.

de recouvrir la ligature élastique d'une manchette péritonéale taillée sur le pédicule, après hémostase provisoire.

¹ VOIR ZWEIFEL. *Die Stielbehandlung bei der Myomectomie*, 1888.