

**De l'évolution du moignon cervical après l'hystérectomie subtotale / par M. Mériel.**

**Contributors**

Mériel, M.  
Royal College of Surgeons of England

**Publication/Creation**

[Place of publication not identified] : [publisher not identified], [1910]

**Persistent URL**

<https://wellcomecollection.org/works/g5bjq8p8>

**Provider**

Royal College of Surgeons

**License and attribution**

This material has been provided by This material has been provided by The Royal College of Surgeons of England. The original may be consulted at The Royal College of Surgeons of England. where the originals may be consulted. Conditions of use: it is possible this item is protected by copyright and/or related rights. You are free to use this item in any way that is permitted by the copyright and related rights legislation that applies to your use. For other uses you need to obtain permission from the rights-holder(s).



Wellcome Collection  
183 Euston Road  
London NW1 2BE UK  
T +44 (0)20 7611 8722  
E [library@wellcomecollection.org](mailto:library@wellcomecollection.org)  
<https://wellcomecollection.org>

Nous avons pensé que l'état général de notre parturiente surmenée par un très long travail contre-indiquait une aussi grave intervention, et tout en reconnaissant que la conservation de l'utérus était assez hasardeuse, nous avons cru plus prudent de pratiquer la césarienne simple ; nous étions d'ailleurs encouragés dans cette voie par l'issue heureuse d'observations analogues (Voir les *Bulletins de la Société d'obstétrique de Toulouse*, 1908 et 1909).

L'événement nous a donné raison, et en dépit d'accidents relativement sérieux, occasionnés et entretenus par la plaque de sphacèle de la lèvre postérieure du col, la guérison est survenue et la malade est partie guérie avec son enfant et .... son utérus.

**M. R. Garipuy** approuve la conduite de M. Audebert, car pour se décider à une intervention mutilatrice dans son cas, il n'y avait pas l'élément essentiel : la fièvre. L'absence de température pouvait même faire mettre de côté l'idée de sphacèle auquel on a songé un moment, et qui aurait nécessité l'ablation totale de l'utérus.

Quant à l'éviscération, il est d'avis que c'est le pus qui a infiltré la ligne des sutures qui a empêché la reprise des points ; l'effort de toux ne lui paraît pas une explication suffisante.

**M. Fournier.** — Les points seuls de l'angle inférieur de la plaie baignaient dans le pus. Quant à la paroi abdominale elle était extrêmement mince et c'est plutôt de ce côté qu'il faudrait rechercher la cause de l'absence de cicatrisation et de l'éviscération secondaire.

**M. Grinoud**, répondant à M. Garipuy, tient à faire savoir qu'il a observé personnellement trois cas d'éviscération dans le service de M. Cestan, éviscération qui s'est produite le 12<sup>e</sup> jour après l'opération ; or, chez aucune des opérées les points n'avaient suppuré. Il est persuadé que le plus souvent l'éviscération ou l'éviscération vient d'un état général de la malade, d'une prédisposition qui empêche celle-ci de faire une cicatrice solide comme elle empêche telle autre de faire un cal à la suite d'une fracture.

**M. Mériel.** — La cause principale de l'éviscération est la faiblesse musculaire de la paroi abdominale, peut-être aussi, mais secondairement, la suppuration. Quant à laisser les points plus de quinze jours en place, ainsi que le conseille M. Audebert, il ne croit pas que ce soit un moyen d'éviter cette complication, car les points ne tiennent que la peau, et sous la poussée intestinale la peau se déchirera et n'empêchera pas l'éviscération de se produire. Pour l'éviter, c'est en soignant la suture musculaire, ou au moins la suture de l'aponévrose si le muscle a disparu, en la doublant au besoin sur elle-même, qu'on y réussira.

**M. Audebert** rappelle que dans les cas de Chavannaz (de Bordeaux) au nombre de 23, il n'y avait pas eu de suppuration, et toujours, quand l'éviscération s'est produite, les points avaient été enlevés de bonne heure. Il insiste donc sur la nécessité de laisser les points longtemps en place, au moins une quinzaine de jours. Cette manière de faire a son importance, car l'éviscéra-



tion n'est pas toujours une chose indifférente. Dans le travail de Chavannaz il y a en effet un cas de mort après éviscération consécutive à un Porro et Pichevin vient d'en rapporter 2 nouveaux cas à la *Société d'obstétrique de Paris* (Décembre 1909).

M. Mériel tient cependant pour bénin le pronostic de l'éviscération ; il a vu en effet à la campagne plusieurs cas d'éviscération à la suite de traumatismes, de coups de corne en particulier, les intestins étaient aussitôt rentrés avec des mains plus ou moins propres, ou maintenus avec des linges qui n'étaient rien moins qu'aseptiques, et malgré cela, jamais ces cas n'ont été suivis de péritonite.

### De l'évolution du moignon cervical après l'hystérectomie subtotale.

Par M. MÉRIEL.

Que devient le moignon cervical après une hystérectomie subtotale ? Il s'atrophie, dit J.-L. Faure, les sécrétions utérines plus ou moins infectées plus ou moins irritantes finissent par se tarir. Voilà bien qui nous montre que tout n'est pas fini après la subtotale. C'est qu'en effet après la subtotale le moignon cervical peut être atteint par des processus inflammatoires ou dégénératifs. Ceux-ci sont plus connus, ou tout au moins on en a parlé depuis plus longtemps et c'est pour eux que Richelot manifesta ses craintes voici quelques années dans une discussion célèbre à la Société de chirurgie. La lésion inflammatoire, la leucorrhée n'a pas sa page d'histoire, elle est une gêne plutôt qu'un danger ; elle n'en est pas moins intéressante et contribue, comme la dégénérescence maligne, à jeter quelque défaveur sur l'hystérectomie subtotale, si à la mode.

a) *Leucorrhée*. — Cet écoulement leucorrhéique plus ou moins abondant survient dans un temps variable : 15 à 25 jours après une subtotale qui est opératoirement guérie. S'il s'agit d'une malade d'hôpital, elle ne revient guère nous consulter pour cet écoulement, s'il ne l'incommodé pas par son abondance, et de ce fait nous perdons un élément d'appréciation sur le pourcentage de cette complication, à mon avis plus fréquente qu'on ne pense. Si, au contraire, l'opérée appartient à la clientèle aisée que l'on opère en ville, elle se préoccupe, s'alarme quelquefois de cet écoulement post-opératoire. La malade revient à nos consultations, manifeste quelque surprise de l'incident, garde peut-être quelque opinion défavorable à notre endroit et réclame un traitement. Selon la condition sociale de nos opérées la leucorrhée post-opératoire aura donc ou n'aura pas d'histoire, et c'est ce qui explique la pauvreté de documents à ce sujet. Les faits positifs seraient plus nombreux si l'on suivait le conseil donné par Andrew Carrier de soumettre les opérées à des examens successifs à intervalles réguliers.

Terrier mentionne ces pertes blanches dans plusieurs de ses observations, Schauta, Abel, Richelot, J.-L. Faure les notent également, et tout récemment Paul Delbet les signale à titre de complication tenace. Enfin



dans cette même année, deux thèses (Belbèze (1), Paniou) (2) insistent sur cette particularité.

Cette leucorrhée n'a pas, au moins tout d'abord, les caractères d'une sécrétion infectieuse venant du col ; elle n'est pas l'écoulement glaireux, empesant le linge et malodorant, comme dans l'infection gonococcique du col. Au toucher, comme au spéculum, le col n'est pas tuméfié, rouge, ectropionné, douloureux à la mobilisation. C'est qu'il faut distinguer en effet cette leucorrhée des accidents infectieux plus graves portant sur le col à la suite d'une subtotale. Ceux-ci donnent les symptômes que je viens d'énumérer, et l'infection s'étend au delà du col, puisqu'on a cité un cas de suppuration du Douglas qu'il fallut ouvrir par colpotomie. Cette leucorrhée se distingue aussi de la leucorrhée vaginale, en ce que il n'y a pas de symptômes vaginaux associés, et du reste le procédé du tampon à demeure sur le col, de Schultze, donnera des indications précises sur la nature et l'origine du liquide.

Cette leucorrhée utérine se caractérise encore par la fluidité de l'écoulement, laquelle s'accuse davantage à mesure qu'on approche de la guérison. A ce moment, l'écoulement est devenu plus blanc, plus séreux, parfois aussi plus abondant au point de mériter le nom d'hydrorrhée. Un autre caractère de cet écoulement est sa ténacité et son absence de réaction sur l'état général.

C'est donc bien, comme je le disais, une incommodité, plus ou moins bien supportée suivant les malades. Quelques injections chaudes, quelques cautérisations du col atténuent ces accidents ; parfois il faut en venir à l'ablation de ce moignon rebelle à nos efforts thérapeutiques. Par le traitement palliatif dont je viens de parler, j'ai pu chez deux malades de la ville faire heureusement cesser cet écoulement, mais il y a trop peu de temps pour les croire à jamais guéries. J'en ai vu d'autres à l'hôpital, opérées depuis plusieurs mois — et revenues pour tout autre chose, douleurs pelviennes, — chez lesquelles ce traitement n'avait amené aucune modification, mais elles ne réclamaient aucune autre thérapeutique.

On s'est naturellement demandé quelle pouvait être l'origine de cette leucorrhée. S'agit-il d'une infection antérieure, latente jusqu'au moment où le traumatisme opératoire l'a réveillée ? Faut-il, d'autre part, penser à une infection secondaire, exogène, ascendante, issue du vagin ? ou ne serait-elle que l'exagération d'un phénomène de régression, d'involution du moignon cervical ? Un fait remarqué par Paniou pourrait légitimer cette hypothèse, c'est l'histoire de cette malade qui, après sa castration, vit apparaître de la leucorrhée et un gonflement des seins avec colostrum.

On pencherait vers l'idée d'une infection cervicale antérieure, comme il en existe dans bien des fibromes et dans bien des annexites pour lesquelles on fait des subtotaux, s'il n'y avait une si grande différence entre la sécrétion muco-purulente du col métritique et la leucorrhée fluide du moignon

(1) BELBÈZE, Th. de Lyon, janvier 1909.

(2) PANIOU, Th. de Paris, décembre 1909.



subtotalisé. Il faudrait plutôt voir dans cette leucorrhée un résultat de la modification des glandes du col utérin, qui, avant de disparaître, produisent une hypersécrétion, peut-être favorisée par le traumatisme opératoire. Burkhardt (1) a fait à ce propos des recherches intéressantes sur les animaux. Chez la moitié des lapines opérées d'hystérectomie sus-vaginale, le moignon utérin se trouva remplacé au bout de plusieurs mois par une tumeur kystique dont la cavité, en comparaison de celle d'un utérus normal, était « colossalement dilatée », puisqu'elle atteignait des dimensions variant de celle d'un crayon à celle du petit doigt. Ces cavités kystiques renfermaient un liquide blanchâtre, et l'auteur pense qu'il tire son origine des glandes cervicales.

Ces expériences et l'hypothèse qui s'en déduit d'une sécrétion modifiée par des conditions nouvelles créées par l'opération s'accordent en définitive assez exactement avec la nature spéciale de l'écoulement.

Une fois prévenus de cette complication, dans quelle mesure pourrons-nous l'éviter? Je crois tout d'abord que la thermo-cautérisation, qui fut une manœuvre rituelle de la subtotale, vient de recevoir une sérieuse atteinte à la Société de chirurgie (16 février 1910). On s'est accordé à reconnaître avec Bégouin, que c'était au moins une manœuvre inutile, un leurre le plus souvent et parfois un danger. Le thermocautère détruira la muqueuse et non les glandes où se cantonne l'infection chronique. Hartmann a parlé, à cette séance, de l'évidement du col qu'il pratique systématiquement, ce qui enlève plus sûrement la zone infectée et permet une occlusion parfaite par deux valves mobiles. Il y a là une modification à retenir (2). Je crois aussi que la façon dont on constitue ce moignon de subtotale n'est pas étrangère aux accidents que j'étudie. Il faut reconnaître que parfois les subtotaux sont plutôt des hystérectomies faites trop haut, au niveau de l'isthme. J'ai vu des opérateurs commencer la section de l'utérus, avant d'avoir sectionné l'utérine; d'autres, dès cette artère sectionnée, ne décollent pas au delà et commencent à faire le moignon. Il y a là une faute de technique qui va laisser un moignon gros et haut, lequel par suite s'atrophiera imparfaitement, et de cette subinvolution cervicale va résulter un état anatomique mal définissable, mais qui pourra donner lieu à de la leucorrhée par une plus grande hauteur de muqueuse utérine malade ainsi conservée. C'est pourquoi il faut disséquer davantage le col, jusqu'au ras de l'insertion vaginale, faire en somme une véritable sus-vaginale. Le moignon qui restera sera petit et, une fois évidé, comme le conseille Hartmann, il sera en meilleure posture pour réaliser l'atrophie, l'involution complète qu'on attend. J'en conclus qu'avec des moignons cervicaux réduits au minimum, on verra diminuer la proportion de ces accidents post-opératoires. Pour ma part, je m'attache à réaliser le plus possible cette réduction, et je n'observe plus — simple hasard peut-être — ces écoulements leucorrhéiques. Tou-

(1) BURKHARDT, *Zeit. f. Geb. und Gyn.*, L. 58, 1906, p. 63.

(2) J'ai employé depuis cette modification dans une subtotale avec castration annexielle et j'ai obtenu un moignon très réduit, mais qui donna dans les premiers huit jours après l'opération un écoulement séro-sanguinolent, sans gravité d'ailleurs.



tefois mes préférences vont plutôt à la totale qui met à l'abri de cet inconvénient, et je montrerai plus loin qu'il faut revenir de la prévention dont on l'accable.

b) *Dégénérescence du moignon*. — Je serai plus bref sur cette complication tardive des subtotaux, parce que son histoire est bien connue. Richelot présenta une étude d'ensemble sur la question en juin 1904 à la Société de chirurgie, à l'occasion d'une observation de cancer développé sur un moignon cervical cinq ans après une subtotalité pour fibrome. Beurnier parla d'un cancer analogue développé un an après. On pensa avec Ricard, Tuffier et Routier qu'il devait s'agir d'une simple coïncidence avec un cancer du col méconnu au moment de l'hystérectomie.

En 1905, Richelot reprend la question et rapporte 6 nouveaux cas, ce qui portait le total des faits relatés à 22 ; il pense qu'il y a autre chose qu'une coïncidence et qu'il est préférable de recourir d'emblée à la totale.

A la même époque, à la Société anatomique, Lecène, rapportant un fait de cancer développé sur un moignon cervical deux ans et demi après l'opération, est impressionné par ce fait et conseille « de rapporter tous les faits analogues, de façon à se faire une idée précise sur leur fréquence et voir s'il faudra, comme le conseille Richelot, remplacer la subtotalité par la totale ».

On connaît assez l'aspect des lésions pour me permettre d'abréger et d'en venir à l'interprétation des faits et à leur conclusion pratique.

M. Salva Mercadé (1) recommande de ne pas se hâter trop vite de conclure à une dégénérescence cancéreuse du col quand, après une hystérectomie subtotalité, on voit survenir un cancer du moignon. En effet, dit-il, à côté des cas véritablement indiscutables où le moignon cervical reconnu indemne, dégénère quelque temps après l'hystérectomie, il en est d'autres qui réclament des explications différentes :

1° Le col utérin peut être déjà atteint de cancer au moment de l'intervention, mais il a passé alors inaperçu et a continué lentement son évolution qui n'a été reconnue que plus tard.

2° On a cru enlever un fibrome ; en réalité, on a laissé un moignon sarcomateux qui continue son évolution, surprise pénible que nous donne quelquefois l'examen histologique. On devine les remords qu'une telle découverte apporte au chirurgien qui a été trop parcimonieux.

3° Enfin il faut se défier des apparences et ne pas prendre un granulome pour une dégénérescence cancéreuse ; l'examen histologique donnera ici encore la clef du problème.

Ces réserves faites, il demeure acquis que le moignon peut être le siège d'une néoplasie secondaire, maligne ou bénigne, non plus à titre d'exception curieuse, mais dans la proportion de 3 à 6 0/0 environ.

Les néoplasies bénignes, dont je viens de parler, se manifestent sous forme de noyaux fibromateux secondaires. Ce sont alors des repullulations de noyaux fibreux plus ou moins longtemps après une subtotalité pour fibrome.

(1) S. MERCADÉ, *La période post-opératoire*, 1 vol. 1910.



Schwartz en a rapporté un cas typique, de même Doléris et Flaischlen (13 ans après).

En résumé, le moignon cervical d'une subtotalité peut, dans des proportions encore mal connues mais d'une façon bien prouvée, donner naissance : 1° à des écoulements de nature particulière où l'infection ne joue pas un rôle bien net, et 2° à des néoplasies secondaires, plus ou moins tardives, fibromes récidivés ou sarcomes. Ce moignon est donc l'origine de complications tantôt simplement incommodes, tantôt au contraire franchement graves. Son évolution n'est donc pas forcément bénigne, et la question se pose alors à nouveau de l'utilité d'un tel moignon ; en d'autres termes, la totale ne mettrait-elle pas nos opérées à l'abri de ces diverses complications. C'est reprendre le parallèle bien périmé entre la totale et la subtotalité ; il semble que celle-ci ait cause gagnée. Cependant l'expérience a montré qu'en pratique il était bon de réviser et de remettre au point certaines questions tous les dix ans environ ; je n'en veux pour preuve que la rénovation de la césarienne. Ce qui était admis il y a dix ans, peut-il l'être encore actuellement, au sujet de la prééminence de la subtotalité ?

Celle-ci est partout décrite comme plus simple, plus rapide et plus bénigne, je veux examiner rapidement si la proposition peut être soutenue à l'heure actuelle.

Plus simple et plus rapide, au moins dans les cas de gros fibromes, à pédicule difficilement accessible, je l'accorde. Mais dans les fibromes moyens, sans complications annexielles importantes, il me paraît qu'on met autant de temps à constituer, à parer, à coudre un moignon de subtotalité qu'à descendre de 3 centimètres plus bas sur le col pour atteindre le vagin et l'ouvrir.

L'attaque postérieure du vagin par le procédé de Doyen est également très rapide. Enfin le placement du drain ne me paraît pas allonger beaucoup cette hystérectomie totale. Je ne vois donc pas une bien grande différence pour la rapidité entre les deux opérations rivales.

La question de simplicité, encore que discutable, me paraît d'intérêt secondaire entre les mains d'un chirurgien de profession.

Reste l'argument de la bénignité ; c'est le gros argument, et je dois dire qu'il serait intéressant de l'examiner à nouveau avec des faits récents.

En effet, les statistiques un peu anciennes des mêmes opérateurs que j'ai pu recueillir pour les deux opérations rivales donnent les chiffres suivants :

	Hystérectomie totale		Hystérectomie subtotalité	
(1903) Pozzi . . . .	46 cas	4 morts	57 cas	3 morts
(1900) Terrier . . . .	93 cas	6 morts	19 cas	4 morts
(1902) Herzfeld . . . .	20 cas	2 morts	24 cas	3 morts

Ces chiffres nous montrent déjà que la mortalité — dont on fait grief à la totale — est au moins égale à celle de la subtotalité, et peut être même un peu supérieure pour celle-ci.

Reprenons d'autres statistiques anciennes, mais d'auteurs différents :



*Hystérectomie totale.*

(1901) Redlich . . . . .	231 cas	16 morts
Statistique générale des chirurgiens russes.		
(1902) Richelot. . . . .	135 cas	8 morts
(1899) Schauta . . . . .	106 cas	16 morts

*Hystérectomie subtotal.*

(1909) Hofmeier . . . . .	118 cas	5 morts
Duncan . . . . .	127 cas	4 morts
Kelly. . . . .	155 cas	7 morts
Worwinkel. . . . .	101 cas	9 morts

On voit qu'il n'y a pas entre les deux opérations un si grand écart de mortalité.

Celle-ci proviendrait des complications infectieuses amenées par l'ouverture du vagin. Ce *péril vaginal* existe toujours, mais on peut l'atténuer, et la technique de Chevrier, badigeonnage à la teinture d'iode, — que je dilue à cause de la causticité des nouvelles préparations, — cette technique, dis-je, me donne toute satisfaction. Cette préparation dite antiseptique du vagin était jusqu'ici faite trop sommairement, car l'injection de sublimé venant après un savonnage ne m'a toujours inspiré que défiance. Ce temps préparatoire doit acquérir au contraire plus d'importance et il faut le commencer quelques jours à l'avance.

Je ne verrais que des avantages à ajouter aux manœuvres de désinfection iodée une sorte de curettage du col, fait la veille de l'opération, pour déterger cette muqueuse cervicale si souvent atteinte dans le fibrome ou l'annexite, et qui continue à déverser dans le cul-de-sac postérieur du vagin le trop-plein de ses sécrétions. Il faudra donc porter ses soins aussi bien sur le vagin qui ne fait que recevoir que sur le col qui ne cesse de donner. J'emploie cette technique depuis quelque temps, et je veux croire qu'elle est pour quelque chose dans mes résultats favorables.

Cette longue digression m'amène donc à penser qu'on pourra, par tous ces moyens, réduire la septicité du vagin, et par suite, l'ouvrir sans trop de risques.

Ce péril vaginal diminué, la totale reprendrait peut-être la place qu'on lui marchandait trop aujourd'hui. Il semble du reste qu'un mouvement de réaction s'opère en ce moment, en sa faveur, parmi les maîtres (Delbet) (1) et parmi les jeunes chirurgiens parisiens (2). C'est ce que me répondait mon distingué collègue Dartigues, dont la statistique de mortalité est de 3 0/0 pour les deux opérations rivales et qui néanmoins tend de plus en plus à faire des totales. Il semble donc qu'un juste retour s'opère en faveur de la totale.

(1) Voyez également une étude de Bovée, qui est un partisan de la totale, par crainte de la dégénérescence maligne du col, plus nombreuse qu'on ne le pense, dit-il (*Surg. Gyn. and Obst.*, vol. IV, n° 3, 1909).

(2) Dans un important travail anatomique, Chevrier (*Annales de gynécologie*, février 1910, p. 88) parlant de l'hémostase dans la totale et la subtotal, se déclare partisan de la totale « dont il ne veut pas vanter les avantages. »



Voilà des indications précieuses qui contribueront à réviser le procès de la totale et à lui reconnaître de plus fréquentes applications à l'avenir, car elle a l'avantage de ne point laisser après elle un moignon dont l'évolution peut être aussi grave qu'imprévue.

**M. R. Garipuy** trouve très instructive et parfaite de tous points la communication de M. Mériel, et désire seulement demander à ce dernier s'il ne pense pas que l'acte opératoire lui-même, par le traumatisme qu'il produit, ne peut prédisposer le moignon à la dégénérescence.

**M. Mériel** pense que peut-être le traumatisme opératoire peut donner un coup de fouet à un processus malin qui aurait pu encore rester latent.

*Le Gérant: J. THEVENOT*