

TRAVAUX ORIGINAUX

Cancer de l'Uterus, observation clinique par le Docteur François de Martigny

Communication à la Société Médical de Montréal

Le cancer de l'utérus (j'emploie ici ce mot comme synonyme d'affection maligne) est, chez la femme, le plus fréquent après le cancer du sein. Dans la majorité des cas il débute par le col d'une manière insidieuse et sourde, puis envahit le corps, la vessie, le rectum. Souvent malgré l'apparence de parfaite santé que conserve la malade quand elle vient consulter, il est trop tard pour que l'on puisse enlever tout le mal, le cancer a dépassé l'utérus. Dans ces cas la seule chose que l'on puisse raisonnablement proposer est la destruction au fer rouge des bourgeons, suivi de pansements astringents, et l'emploi à l'intérieur de la morphine à doses progressivement croissantes.

Possédons-nous, pour les cas où nous pouvons intervenir tout au début ou quelque temps après, un traitement véritablement curatif ou tous les traitements qualifiés de curatifs, ne sont-ils que des traitements palliatifs? Le traitement curatif actuel tend-il à autre chose qu'à prolonger la vie de la malade de quelques mois à quelques années? Les rares cas catalogués guéris étaient-ils des cas de cancers contrôlés par l'examen microscopique? Parcourons ensemble les auteurs, scrutons les statistiques. Que voyons-nous? Un auteur cite, grâce à tel procédé particulier, un cas resté sans récidive après dix ou même quinze ans. Toujours ce: "sans récidive" employé, qui laisse percer l'état de désarmement presque complet dans lequel nous sommes en face de cette maladie. Devons-nous dans ces conditions rejeter de parti pris toutes ces opérations graves et compliquées, exposant la grande majorité des malades à une mort très rapprochée de l'opération, sans pouvoir garantir au petit nombre qui sortent vivantes de l'hôpital, d'une manière absolue, une guérison définitive? Je crois,

et avec la majorité des auteurs de gynécologie, que nous devons les rejeter. D'abord, si la maladie est avancée, il faut pour faire une opération complète, un acte opératoire compliqué et difficile, acte opératoire qui n'empêche pas la récidive de suivre de près l'opération. Ensuite il ne faut pas oublier que la malade qui choisit son chirurgien en toute confiance et en toute liberté lui demande non pas de faire une opération brillante et compliquée, qui a de grandes chances de supprimer sa vie en quelques heures, mais au contraire réclame de lui si non la guérison du moins le soulagement de ses souffrances et la prolongation de sa vie. Si nous envisageons ainsi la question, si nous séparons la chirurgie de la médecine opératoire, nous admettrons facilement que l'on doit rejeter l'évident du petit bassin avec ou sans exclusion, opération si meurtrière et au succès si incertain, nous nous bornerons à l'opération la moins dangereuse, la plus simple, la plus sûre, qui en fin de compte sera celle qui donnera le meilleur résultat.

Voilà les raisons qui m'ont guidées dans la conduite que j'ai tenue dans le cas dont je vous rapporte ce soir l'observation.

Madame F., âgée de 39 ans, vint me consulter il y a un peu plus d'un mois. Elle présente l'apparence d'une parfaite santé, est grasse, n'a pas maigri, a un teint coloré.

Sa mère est morte vers 71 ans d'un cancer de l'utérus propagé à la vessie et au rectum.

Elle a deux tantes maternelles mortes de cancer du sein.

Reglée à 14 ans, ses règles furent toujours régulières, indolores et abondantes.

Mariée à dix-neuf ans, elle eut quatre enfants bien constitués qui moururent entre un jour et un mois. De plus deux fausses couches entre quatre et cinq mois.

Elle ne souffrit jamais du ventre, les grossesses n'étaient pas pénibles, les accouchements des plus normaux.

Ses premiers troubles menstruels remontent à trois mois. A cette époque, sans cause, elle eut