

A propos de 60 cas personnels d'intervention pour grossesse extra-utérine

M. Albertin (de Lyon) a, depuis cinq ans, pratiqué 60 interventions pour grossesse extra-utérine. Dans une première série, traitée par la colpotomie, il a eu trois morts, bien que, dans 2 de ces cas, il ait fait la laparotomie itérative. Ces décès sont attribuables, pour 2 cas, à des hémorragies secondaires et, pour un, à l'infection. Dans une seconde série de 30 cas, portant sur ces trois dernières années, il a fait d'emblée la laparotomie et n'a pas eu un seul décès. A la colpotomie, on peut reprocher la délivrance imparfaite, la possibilité d'hémorragie secondaire, l'infection tardive et la longueur des suites opératoires. La laparotomie permet d'emblée l'ablation de la trompe gravide, des caillots, des membranes, du placenta et donne une guérison rapide.

Considérant que souvent l'état de shock considérable dans lequel se trouvent les malades à la suite d'une rupture de la grossesse tubaire est dû aux réflexes péritonéaux autant qu'à l'importance de l'hémorragie intra-péritonéale. M. Albertin, en pareil cas, attend un, deux ou trois jours avant d'opérer : l'opération se fait alors dans de bien meilleures conditions de résistance de la part des malades. Par contre, la récurrence de l'hémorragie au repos est une indication formelle d'opération immédiate et d'urgence.

En résumé, la grossesse extra-utérine doit être opérée par la laparotomie avec ablation partielle ou totale des organes génitaux internes, suivant leur état : c'est au chirurgien à juger de l'opportunité de la conservation. La colpotomie doit rester une méthode d'exception. M. Albertin l'emploie encore dans les cas d'hématocèle infectée, quitte à compléter l'intervention par une laparotomie lorsque les grands signes d'infection seront atténués.