

Extraction d'un corps étranger de la portion intrathoracique de l'œsophage d'un Chien par un procédé de fortune

par A. LEBEAU

(Communication présentée par M. MARCENAC.)

La chirurgie de l'appareil digestif a fait de tels progrès en pathologie canine qu'une observation concernant une extraction d'un corps étranger pourrait paraître banale.

Le cas que nous jugeons digne d'être signalé semble cependant faire exception.

Il s'agit là d'un chien caniche mâle de 13 kg. Celui-ci, venant d'avaler une balle en caoutchouc plein et dur, nous a été conduit, environ une heure après l'accident.

L'attitude de l'animal correspondant bien aux renseignements fournis par son maître, nous avons d'abord usé de la sonde œsophagienne, pour contrôler le siège de l'obstruction.

Celle-ci se situait à 49 cm de l'orifice buccal.

Le diagnostic n'était pas équivoque, mais, pour faciliter l'intervention, il nous parut préférable de faire radiographier l'animal par notre confrère le docteur GUIBERT.

La radio montrait avec une parfaite netteté que la balle, mesurant 42 mm de diamètre, se trouvait arrêtée dans la portion thoracique de l'œsophage, juste avant que cet organe s'engage entre les piliers médians du diaphragme.

En effet, le bord postérieur de l'objet, correspondait exactement au plan vertical passant par l'extrémité postérieure de la base de la dixième vertèbre dorsale.

La solution chirurgicale s'imposait. Nous ne pouvions espérer soulager le patient par aucun autre moyen.

Envisageant successivement les deux techniques dont nous avons le choix, nous considérions, d'une part, que l'œsophagotomie pratiquée au point le plus favorable, c'est-à-dire dans la partie inférieure et gauche de la région cervicale, ne pouvait nous permettre d'atteindre l'objet.

La pince la plus longue dont nous disposions ne mesurait que 27 cm.

Nous ne pensons d'ailleurs pas qu'un instrument suffisamment long aurait pu, à cette distance, s'écarter comme il convient, pour saisir une balle de cette dimension et de cette consistance.

D'autre part, la gastrotomie ne s'avérait utile que pour repousser le corps étranger vers la bouche.

Il n'était pas question de l'attirer par cette voie hors de la plaie opératoire.

Il fallait en effet franchir le diaphragme. Cela n'était pas possible sans provoquer une grave déchirure.

Nous avons donc préféré pratiquer une incision de 2 cm près du cardia.

Nous introduisions ensuite par la plaie, l'une des extrémités d'une tige de bois cylindrique de 12 mm de diamètre, dans l'œsophage, et nous poussions prudemment celle-ci en direction de la balle.

Après avoir assez péniblement franchi le diaphragme, nous percevions presque aussitôt une sérieuse résistance au moment où la baguette heurta le corps étranger.

La progression de ce dernier en direction de la bouche ne fut pas aisée. Cependant, exerçant une pression ferme et continue, mais sans secousses, nous eûmes bientôt la satisfaction de voir sortir la balle de la gorge.

Nous n'avions plus qu'à retirer notre instrument de fortune et suturer la plaie gastrique.

Il n'y eût aucune suite fâcheuse.

Ce résultat nous autorise à conclure que la solution du problème était bonne.

Evidemment le procédé manque d'élégance. Mais, lorsqu'un praticien est aux prises avec de telles difficultés, il doit agir vite pour remplir sa mission.

Il serait facile d'imaginer un instrument chromé pouvant remplir le but que nous avons atteint avec une de ces tiges de bois sur lesquelles on enroule les toiles cirées.

Ce serait au moins plus chirurgical, mais nous nous demandons si ce serait aussi commode; ou bien alors il faudrait s'adresser à un métal très léger, de mêmes dimensions, c'est-à-dire de 1,20 m de long et de 12 mm de diamètre. Une des extrémités pourrait être légèrement concave afin de permettre une meilleure adhérence sur le corps à refouler. Une poignée à l'autre extrémité faciliterait sérieusement l'intervention.

Pour la brièveté de cet exposé nous avons laissé de côté les détails opératoires qui furent des plus classiques. L'anesthésie générale fut pratiquée, selon notre habitude, au nembutal intra-veineux.

Discussion

M. MARCENAC. — Le cas clinique et chirurgical rapporté par M. LEBEAU est intéressant.

Ainsi qu'il expose la conduite à tenir, deux voies d'abord sur le corps étranger étaient possibles : voie œsophagienne, voie gastrique.

La première, jugée inexécutable par l'auteur, est cependant utilisée parfois, lorsque l'extraction directe par la bouche, sous radioscopie, grâce à la pince adoptée depuis longtemps par le professeur ROBIX, s'avère infructueuse. Une œsophagotomie basse permet alors le passage d'une longue pince à forcipressure ou, mieux, d'une curette. La pince à mors démultipliés, du modèle de celle utilisée par les chirurgiens de l'homme pour la préhension des calculs vésicaux, donne satisfaction, mais à la condition formelle que le corps étranger ne soit pas enclavé, ce qui était le cas du malade de M. LEBEAU, mais pas le cas le plus habituel où l'occlusion résulte de l'arrêt d'un fragment osseux, spécialement d'une vertèbre. C'est dans ces circonstances que l'action de la curette est alors nécessaire.

La voie par gastrotomie ne peut, en effet, être positive en résultat que si on la fait suivre d'un repoussement vers la bouche. La traction dans l'estomac cause de sévères lésions.

Reste l'enlèvement des corps volumineux et enclavés par thoracotomie, méthode de choix, la seule certaine, mais qui réclame une anesthésie par intubation trachéale, la respiration supplétive, une suture rigoureusement occlusive de l'œsophage. Nous exposerons un jour prochain, à l'Académie, cette méthode, actuellement mise en œuvre à Alfort, dans tous les cas d'occlusion grave.
