

temps de se reposer. Après trois semaines ou un mois on reprend les tentatives de cure du rétrécissement et on est tout étonné de la facilité avec laquelle on franchit le rétrécissement. Si la dilatation échoue, on peut avoir recours à la section du rétrécissement.

Dans un cas où le cathétérisme était extrêmement pénible chez une jeune fille qui avait subi la gastrostomie pour un rétrécissement cicatriciel, Jaboulay (1) imagina de dilater l'œsophage au moyen de l'air comprimé. Il fit construire pour cela des sondes spéciales, portant vers leur tiers inférieur un manchon extérieur de caoutchouc, long de 9 centimètres, communiquant avec l'intérieur de la sonde par des trous creusés sur elle à son niveau et pouvant être, par suite, distendu par une insufflation ou une projection d'air faite à l'extrémité libre de cette sonde. Cette insufflation se faisait au moyen d'une poire en caoutchouc qui s'adaptait à la sonde et dont la capacité est calculée avec celle du manchon pour distendre celui-ci d'environ 25 à 30 millimètres. Un robinet permet d'empêcher l'air insufflé de sortir de l'appareil. On comprend le mécanisme du traitement; la sonde est introduite, puis l'on insuffle la poche; on retire lentement, très lentement la sonde. Il en résulte une pression élastique, plus douce et infiniment moins douloureuse que celle des cathéters ordinaires: ajoutons que la malade guérit.

On peut même profiter de l'ouverture gastrique pour tenter des manœuvres de dilatation de bas en haut.

Petersen (2) a présenté un jeune homme de vingt ans qui, à la suite de l'ingestion d'une solution de potasse caustique, eut un double rétrécissement: le premier, excentrique, occupait le point d'entre-croisement de l'œsophage avec la bronche; le second, très étroit, plus inférieur, s'opposait à toute dilatation. Petersen dut établir une fistule gastrique, mais les tentatives de cathétérisme direct ou rétrograde échouèrent. On eut alors recours au procédé de Kraske. Il recommanda au sujet d'essayer d'avaler chaque jour une ficelle ayant un nœud à l'un des bouts, tandis que l'autre bout était maintenu hors de la cavité buccale. Le malade réussit à avaler cette ficelle dont le bout inférieur fut attiré hors de l'estomac. On y fixa une petite olive qui rendit possible la dilatation du rétrécissement.

Actuellement le sujet peut être considéré comme guéri: la fistule gastrique reste à fermer.

P. Abbe (3) a préconisé et employé un nouveau procédé d'œsophagotomie, que nous signalons seulement à titre d'originalité, auquel il donne le nom d'*œsophagotomie à la ficelle*.

Ce procédé, applicable surtout d'après lui aux rétrécissements cicatriciels situés à la partie inférieure de l'œsophage, nécessite l'ouver-

(1) JABOULAY, *Lyon méd.*, 1896.

(2) PETERSEN, *Congrès des chir. allemands*, 1896.

(3) P. ABBE, *New York med. Journ.*, juil'et 1896.

ture simultanée de l'œsophage (au cou) et de l'estomac. Ceci fait, voici comment il opère. Après avoir franchi le rétrécissement avec une fine bougie et guidé au moyen de celle-ci la ficelle qui traverse le rétrécissement, on introduit rapidement une bougie conique que l'on pousse par l'orifice du cardia jusqu'à ce qu'elle ne puisse pénétrer davantage. Cette bougie étant tenue par un aide, l'opérateur imprime à la ficelle des mouvements de scie et divise le tissu du rétrécissement dont la tension est maintenue par la bougie. A mesure que les tissus sont sectionnés, la bougie est poussée davantage, de manière à opérer la tension d'une façon permanente. Cette pratique est continuée jusqu'à ce que l'œsophage, au niveau du rétrécissement, ait été ramené à son calibre normal. La compression des tissus divisés étant maintenue pendant tout le temps que s'opère la section, la perte de sang est nulle.

Dans un cas, il suivit cette technique, faisant introduire par le cardia des bougies de plus en plus grosses à mesure que le tissu cicatriciel était divisé. Les suites de l'opération furent des plus simples: on laissa d'abord pendant quelques jours une sonde œsophagienne à demeure; celle-ci enlevée, la fistule du cou se cicatrisa spontanément. On continua alors à nourrir l'opéré par la fistule gastrique; celle-ci fut oblitérée à son tour et l'alimentation reprise par les voies naturelles. Deux mois après l'opération, la guérison paraissait complète et le cathétérisme œsophagien avec les grosses sondes des plus faciles.

XII

NÉOPLASMES DE L'ŒSOPHAGE

A. Tumeurs bénignes. — Les tumeurs bénignes de l'œsophage sont des plus rares: un certain nombre d'entre elles mériteraient même le plus souvent d'être dénommées tumeurs du pharynx. Toutefois, comme elles plongent dans l'œsophage, par suite de leur pédiculisation, nous leur maintiendrons cette étiquette (1).

Qu'il s'agisse de productions kystiques (kystes dermoïdes, kystes à épithélium cilié) ou de papillomes, fibromes, myomes, leur tendance à revêtir la forme polypoïde est à peu près constante.

L'observation suivante relatée par Minsky, montre dans quelles circonstances particulièrement bizarres on peut observer parfois ces tumeurs polypoïdes de l'œsophage.

Une paysanne de soixante-cinq ans environ vint consulter M. Koch

(1) KOENIG, *Traité de chirurgie*. — GROSS, *Pathol. et clin. chir.* — HARTMANN, *Traité de chirurgie*, t. V. — JEANNEL, *Encyclop. intern. de chirurgie*. — BERT, *Du traitement des rétrécissements cancéreux de l'œsophage: étude des divers procédés*, thèse de Lyon, 1896. — VERGEZ, *De la gastrostomie à l'heure actuelle*, thèse de Bordeaux, 1896.

pour une tumeur cylindrique qui faisait issue hors de la bouche, au niveau de la commissure droite et descendait plus bas que le menton. Au dire de la malade, ce néoplasme avait apparu subitement huit jours auparavant et n'avait jamais causé aucun trouble antérieurement. A l'exploration digitale, il était facile de sentir le pédicule plonger du côté de l'orifice supérieur de l'œsophage, derrière le larynx.

Koch enleva le polype d'un coup de ciseau de Cooper. La tumeur présentait une longueur de 14 centimètres et une circonférence variant entre 7^{cm},5 et 3 centimètres. L'examen histologique démontra qu'elle était principalement formée de tissu conjonctif, de fibres musculaires lisses, de tissu adipeux et de fibres élastiques.

Ces éléments renfermaient de nombreuses cavités remplies de sang et de fibrine. La surface du polype n'était pas constituée par une couche de muqueuse, mais par du tissu conjonctif en partie recouvert de fibrine, sans structure épithéliale.

Minsky conclut de son observation et d'autres analogues recueillies dans la littérature médicale, que la plupart des polypes œsophagiens et pharyngiens tirent leur origine d'une anomalie congénitale, peut-être d'un développement excessif d'un arc branchial n'ayant pas subi la métamorphose régressive qui fait disparaître normalement ces organes à une époque précoce de la vie embryonnaire.

Le pronostic présente les mêmes divergences que nous venons de noter dans les symptômes. Dans les cas à issue fatale, les sujets succombent soit à l'inanition, soit à l'asphyxie, soit encore à une hémorragie abondante.

Le traitement variera suivant le siège du polype. D'une manière générale, seuls ceux de la portion cervicale sont justiciables de l'extirpation, soit par les voies naturelles, directement, ou après rejet dans la bouche par des vomissements provoqués.

L'œsophagotomie externe peut permettre d'intervenir utilement.

Minsky estime néanmoins que la sonde œsophagienne devra être employée contre l'inanition pour ceux situés dans la portion thoracique.

Quant aux polypes développés près du cardia, on pourrait tenter de les enlever après *gastrotomie* préalable.

B. Cancer de l'œsophage. — Anatomie pathologique. — Il est difficile de préciser le siège de prédilection du cancer de l'œsophage. Tandis que Zenker le regarde comme plus fréquent à la partie inférieure, Mackenzie croit que c'est l'inverse. Tout le monde est à peu près d'accord pour attribuer à ceux de la partie moyenne une proportion de 25 p. 100.

Au point de vue histologique, il s'agit d'épithélioma du type pavimenteux.

Nous emprunterons à la collection de M. R. Tripier la description anatomo-pathologique suivante, qui donne une idée fort exacte de l'aspect des lésions.

Sur un sujet de soixante-sept ans, qui aurait commencé à présenter les signes d'un cancer de l'œsophage, deux mois seulement avant la mort on nota les détails ci-joints. Il existe au niveau de la partie moyenne de l'œsophage une tumeur dont la portion manifestement saillante sur tout le pourtour de la muqueuse du conduit alimentaire mesure 8 centimètres de longueur. L'œsophage est rétréci sur toute cette étendue par la présence de la tumeur qui fait corps avec la paroi, donnant à celle-ci une dureté et une rigidité bien accusées avec un épaissement de 1 centimètre et demi à 2 centimètres au moins, ainsi qu'on peut le constater sur la coupe. A ce niveau, le tissu de la tumeur est d'une coloration blanc jaunâtre. Sur la surface récemment sectionnée, on voit que cette teinte est due à la présence de nombreuses petites nodosités au milieu d'une substance grisâtre. Ailleurs la teinte est un peu plus rosée, mais sur elle se détachent plus nettement encore la coloration blanchâtre de quelques petits nodules, de la grosseur d'une tête d'épingle.

La surface interne de la tumeur, de coloration jaune sale, brunâtre sur certains points, a un aspect légèrement granuleux qui paraît tenir à sa constitution nodulaire ; mais on trouve aussi des dépressions irrégulières produites par les ulcérations. La plus profonde est située sur la partie antérieure de l'œsophage, à la partie moyenne de la tumeur. C'est une anfractuosité profonde ; deux autres sont placées de chaque côté, un peu au-dessus et au-dessous.

La limite supérieure de la tumeur est marquée par un léger bourrelet qui occupe tout le pourtour de l'œsophage, suivant une ligne un peu festonnée et dont les parties plus élevées semblent encore se continuer plus haut par la présence de petites nodosités jaunâtres.

La limite inférieure est plus irrégulière, présente des festons plus étendus, plus aigus ; les nodosités sont plus nombreuses sur la muqueuse située au-dessous de cette limite ; elles sont plus visibles, parce que la muqueuse est plus vascularisée. En un point même, la muqueuse est décollée. Rien à signaler au-dessus ni au-dessous de la portion malade de l'œsophage ; par contre, à son niveau, il existe des altérations importantes des organes voisins. L'aorte descendante adhère à la portion de l'œsophage où se trouve la tumeur, et, en détachant ce vaisseau par la dissection, on voit que des nodules jaunâtres ont déjà envahi sa tunique externe sur plusieurs points. En avant et à droite, il existe une adhérence intime de la tumeur avec la partie inférieure de la trachée et les premières divisions bronchiques ; ces parties sont reliées par un tissu conjonctif épais, de coloration blanchâtre, d'aspect dense, fibreux, dans lequel se trouvent compris des vaisseaux, des nerfs, des ganglions tuméfiés dont le volume varie de celui d'une noisette à celui d'une amande et qui, sur la coupe, offre une surface blanchâtre et indurée ; en somme, cette masse scléreuse comprend tous les organes du médiastin situés en avant de l'œsophage (fig. 60).

En passant un stylet dans l'ulcération centrale, on pénètre profondément dans une excavation ayant les dimensions d'une amande, située au centre de la masse indurée et qui communique d'autre part avec la bronche gauche par une ouverture circulaire de 2 à 3 millimètres de diamètre. La bronche ne paraît pas autrement altérée; poumon droit un peu atelectasié, exsudat blanc jaunâtre à la base. Par le raclage de la coupe de la tumeur, on obtient un liquide laiteux.

Le rétrécissement paraît dû en grande partie à la dissémination des nodules dans les plis de l'œsophage; ces nodules forment des *trainées longitudinales*, filant à une grande distance de la masse principale et formées de nodules arrondis variant du volume d'une tête d'épingle à celui d'une lentille. Quelques-uns paraissent limités à la muqueuse ou à la sous-muqueuse, d'autres sont plus profonds. Rien de semblable à la partie supérieure, ce qui montre que si la lésion avait de la tendance à s'étendre à la fois en haut et en bas par ces plis, c'était encore plutôt en bas, non seulement par ces plis, mais aussi à distance, dans des points disséminés, soit par inoculation de la muqueuse, soit par les voies lymphatiques.

La greffe de particules épithéliomateuses au-dessous de la tumeur primitive, sur l'œsophage, plus rarement dans l'estomac, est un fait à retenir (fig. 61).

Quant à la généralisation, elle serait moins fréquente que ne l'admettait Petri, 59 p. 100; toutefois on l'a observée assez fréquemment dans le foie, les poumons, les os.

On verra, à propos des complications du cancer de l'œsophage, quelle est sa tendance à l'extension de proche en proche.

Symptomatologie. — Beaucoup plus fréquent dans le sexe masculin (sept fois plus, Zenker), le cancer se présente, avec son maximum de fréquence, de quarante-cinq à cinquante-cinq ans. L'hérédité, l'alcoolisme paraissent jouer un certain rôle dans son apparition.

Le début de l'affection est marqué par de la dysphagie et de la douleur.

Cette dernière se fait sentir au moment de la déglutition, et le malade la localise ordinairement entre les épaules, ou à la région cervicale. Quant à la dysphagie, elle traduit l'état de spasme réflexe causé par l'ulcération, bien plus que la gêne mécanique due au volume de la tumeur. Peu marquée, intermittente, n'existant que pour certaines catégories d'aliments, elle s'établit peu à peu d'une façon permanente. Le sujet, après avoir avalé, rejette peu d'instants après les aliments; des mucosités glaireuses, sanguinolentes, accompagnent ces pseudo-vomissements; des sensations pénibles de brûlure, même au moment du passage des liquides, ajoutent aux souffrances du malade. Progressivement, et afin de les éviter, celui-ci établit une sélection dans son alimentation et, bien avant que le calibre de l'œsophage soit très sensiblement effacé, il s'est décidé à une



Fig. 60. — Cancer de l'extrémité inférieure de l'œsophage, s'arrêtant sur les limites mêmes du cardia. (Collection R. Tripier).



Fig. 61. — Cancer de l'œsophage. On voit sur cette pièce deux tumeurs complètement distinctes, séparées par des tissus absolument sains. La plus petite, située au-dessous, paraît être une greffe de néoplasme primitif développé au-dessus (Collection R. Tripier).

nourriture uniquement constituée de purées très claires, d'œufs crus, de lait.

La nutrition devient de moins en moins facile et l'amaigrissement, qui n'avait pas tardé à se manifester, augmente considérablement. Nous avons vu certains sujets perdre sous nos yeux 12 ou 15 kilos, alors qu'ils continuaient à absorber trois litres de lait par jour, des œufs, du bouillon. La cachexie cancéreuse et l'inanition amènent les sujets à un véritable état squelettique. Huit à dix mois environ suffisent pour déterminer la mort.

Il suffit de parcourir l'énumération ci-jointe, des diverses complications du cancer de l'œsophage, pour se rendre compte de sa rapidité et inexorable fatalité.

DES COMPLICATIONS DU CANCER DE L'ŒSOPHAGE (1). — *Hémorragies.* — Ordinairement le cancer de l'œsophage ne s'accompagne pas d'hémorragie bien abondante, quelques mucosités teintées de sang sont le seul résultat de l'ulcération épithéliomateuse. Par contre l'exploration, les cathétérismes peuvent déterminer des hémorragies profuses, parfois foudroyantes. L'aorte est généralement en cause, mais la carotide gauche, la sous-clavière droite, la seconde intercostale droite, la branche droite de l'artère pulmonaire ont été la source d'hémorragies mortelles.

Suppurations périœsophagiennes. — A côté des suppurations circonscrites, développées au voisinage même de l'épithéliome, déterminées par la présence de germes septiques, de débris alimentaires, on a vu des suppurations diffuses envahissant tout le médiastin.

Envahissement du larynx. — Certains cancers siégeant à la partie supérieure de l'œsophage envahissent le larynx et produisent assez rapidement des troubles de la phonation et de la respiration. J'ai vu un malheureux porteur d'une canule placée après trachéotomie et d'une sonde à demeure introduite à travers le rétrécissement œsophagien afin de permettre l'alimentation.

Lésions des nerfs récurrents. — Comme le dit Galliard, l'œsophage est pour les nerfs récurrents, le gauche surtout, un dangereux voisin ; déjà, à propos des corps étrangers, nous attirions nous-même l'attention sur la fréquence de la paralysie de la corde vocale gauche. C'est la dysphonie, la voix bitonale qui d'habitude frappe l'observateur ; lorsqu'on examine le larynx, on trouve la corde vocale gauche en position cadavérique. Comme la dégénérescence ne se limite pas longtemps aux filets de l'appareil phonateur, les désordres respiratoires ne tardent pas à s'associer à la dysphonie, la paralysie récurrentielle devient complète.

En pareil cas, la trachéotomie s'impose et permet seule de prolonger la vie du patient.

(1) GALLIARD, *Méd. mod.*, 1896. — *Traité de médecine de BROUARDEL*, t. IV.

Lésions du corps thyroïde, de la trachée et des bronches. — Il est bien rare d'observer des lésions du corps thyroïde ; il n'en est pas de même pour la trachée et les bronches. Ces organes peuvent être atteints de diverses façons. L'œsophage cancéreux peut comprimer la trachée, les bronches, en les refoulant, et amener la mort par asphyxie : ce qui est tout à fait exceptionnel. On a encore signalé le développement à distance de noyaux cancéreux sur un point de l'arbre respiratoire. Le plus souvent, il y a continuité entre les noyaux trachéo-bronchiques et la masse primitive.

Au point de vue clinique, l'infiltration de la trachée se traduit, comme la compression, par une dyspnée sans cesse croissante, sans dysphonie ; on constate en même temps l'atténuation ou la suppression du murmure vésiculaire. S'il s'agit seulement de l'oblitération de l'une des deux grosses bronches, on note le souffle caractéristique.

Mais l'envahissement des tissus par l'épithélioma donne lieu le plus souvent à des perforations, à des fistules œsophago-trachéales ou œsophago-bronchiques.

Sur 100 examens œsophagiens, Mackenzie a trouvé :

• Perforations trachéales.....	20
— de la bronche droite.....	7
— de la bronche gauche.....	6

L'ouverture des voies aériennes se traduit par la respiration bruyante, le râle trachéal, la dyspnée et surtout les quintes de toux au moment où le malade avale des aliments, notamment des liquides. En même temps les sujets rejettent des aliments, des mucosités plus ou moins teintées. On peut observer l'issue de l'air par la sonde servant à un cathétérisme.

Une telle situation ne peut se prolonger : il faut immédiatement recourir à l'alimentation par la voie rectale ou à la gastrostomie ; un opéré d'Heydenreich survécut dix-sept jours.

Lésions des poumons. — Le développement de noyaux secondaires cancéreux dans les poumons est démontré, mais il est tout à fait rare. Il n'en est pas de même de la gangrène pulmonaire, conséquence du cancer et de sa propagation aux voies respiratoires.

Comme le fait remarquer Galliard (1), les microbes pathogènes qui pullulent à la surface de l'ulcération œsophagienne sont susceptibles d'aborder le poumon par trois voies :

- 1° Par la voie sanguine, embolies septiques ;
 - 2° Par pénétration directe à la suite de perforations trachéales, bronchiques ;
 - 3° Par pénétration directe à la suite de perforations pulmonaires.
- Les deux premiers modes de pénétration sont moins habituels que

(1) GALLIARD, *Traité de médecine de BROUARDEL*, t. IV.

le troisième. Les matériaux anatomo-pathologiques abondent : on note le plus souvent la contiguïté entre les foyers pulmonaires et le cancer de l'œsophage.

Tantôt la communication est directe, tantôt un trajet plus ou moins étendu les réunit ; ce dernier peut être constitué par un ganglion ramolli.

Le diagnostic de la gangrène pulmonaire s'établit d'après l'expectoration fétide, les hémoptysies, la fièvre, mais ces symptômes peuvent faire défaut et la lésion rester latente.

L'apparition de broncho-pneumonie, de pneumonie, a été signalée ; ces complications sont habituellement rapidement mortelles.

Nous avons signalé la fréquence de la tuberculose chez les sujets atteints de rétrécissements cicatriciels ; nous trouvons cette même association avec le cancer de l'œsophage.

Les conditions si défavorables de l'alimentation justifient cette prédisposition à l'infection bacillaire.

Lésions des plèvres. — Le cancer pleural, avec épanchement séro-hématique, la pleurésie séro-fibrineuse, purulente ou gangreneuse, ont été signalés. En ce qui concerne la pleurésie, il faut, comme pour les complications pulmonaires, faire jouer aux microbes pathogènes, un rôle plus important qu'à l'influence de la compression ou de l'irritation des nerfs pneumogastriques.

Lorsque l'œsophage communique largement avec les plèvres, il livre passage aux solides et aux liquides, rarement à l'air et aux gaz.

Dans les cas où le pneumothorax se produit, il faut toujours rechercher la fistule broncho-pleurale coïncidant avec la fistule œsophago-pleurale.

Lésions du cœur et du péricarde. — Consécutivement aux péri-œsophagites, aux suppurations diffuses ou circonscrites du médiastin, on peut noter l'apparition d'épanchements séro-purulents péricardiques, la perforation du péricarde. Les noyaux cancéreux peuvent même se propager au cœur et donner des plaques de gangrène du myocarde.

La compression de la veine cave et de ses branches n'est pas exceptionnelle ; on a vu aussi la thrombose de l'azygos.

Lésions du squelette. — Dans certains cas, la tumeur envahit de proche en proche les tissus, atteint le rachis ou la clavicule, le sternum et y détermine des noyaux secondaires : sur quelques sujets, il n'y avait pas continuité entre la lésion osseuse et le néoplasme primitif ; le mécanisme de la métastase était seul admissible.

Lésions des viscères abdominaux. — Le cancer de l'estomac coïncide assez souvent avec celui de l'œsophage. Tantôt il n'y a pas d'interruption entre les deux localisations néoplasiques : tantôt le cardia est indemne et les nodules gastriques se développent à distance.

Après l'estomac, le foie paraît le plus souvent atteint.

Diagnostic. — Quand on se trouve en présence d'un homme d'une cinquantaine d'années, présentant sans motifs apparents de la dysphagie, un certain degré d'amaigrissement, il y a de grandes chances pour qu'il s'agisse d'un cancer de l'œsophage. Nous avons suffisamment insisté sur la nécessité d'une exploration prudente pour ne pas y revenir.

Le cathétérisme permettra seul de reconnaître et de localiser la lésion.

On se méfiera des anévrysmes de l'aorte et l'on recherchera soigneusement les signes fournis par l'examen du système circulatoire.

Si des ganglions apparaissent dans les creux sus-claviculaires ou même à l'aîne, le diagnostic devient encore plus évident. (Tostain.)

Il est tout à fait exceptionnel d'observer le cancer à l'état latent, il y a toujours un degré plus ou moins marqué de dysphagie.

Castellino a communiqué deux cas de cancers siégeant au niveau de la deuxième vertèbre dorsale. Il existait une pulsation laryngo-trachéale qui n'était pas modifiée par l'inspiration profonde. Ce phénomène était dû à ce que le néoplasme poussait en avant la trachée et la mettait en contact avec l'aorte ; le diagnostic qui fut posé, en se basant sur ces constatations, a été confirmé à l'autopsie.

TRAITEMENT DU CANCER DE L'ŒSOPHAGE. — Il résulte donc de ce qui précède que traiter un malade atteint de cancer de l'œsophage signifie le plus souvent, et comme on l'a dit : permettre à celui-ci de mourir de son cancer au lieu de mourir d'inanition, et le terme de traitement du cancer de l'œsophage devient alors synonyme de : moyen d'alimentation artificielle. Or ces moyens sont fort nombreux et on peut, pour les classer, prendre comme base le mode d'alimentation qui est, nous le répétons, le but essentiel que l'on se propose d'atteindre.

Nous diviserons donc ces procédés de la façon suivante :

I. **Traitement curatif** ne pouvant s'appliquer qu'aux cancers du tiers supérieur de l'organe : *œsophagectomie*.

II. **Traitement palliatif.** — 1° *Procédés permettant l'alimentation par les voies naturelles : dilatation temporaire, dilatation permanente, dilatation forcée, cautérisation, électrolyse, œsophagotomie interne, sonde à demeure et œsophago-tubage.*

2° *Procédés destinés à alimenter le malade par la création chirurgicale d'une bouche artificielle : a) bouche œsophagienne : œsophagostomie ; b) bouche gastrique : gastrostomie.*

Traitement curatif. — *Œsophagectomie.* — Le nombre des cas dans lesquels on a tenté d'enlever un cancer de l'œsophage est encore très restreint.

Il résulte, en effet, des recherches récentes de Marwedel (1), que,

(1) C. MARWEDEL, Ein Fall von Resektion des Œsophagus bei Carcinom (Beiträge zur Chir., t. XIV, p. 3, et Natur. med. Verein, Heidelberg, 25 juin 1895).