

peut être en tout cas d'aucune utilité lorsque le carcinome siège au-dessous de la portion de l'œsophage accessible au bistouri.

Dernièrement la **résection de l'œsophage** a été pratiquée par CZERNY à la suite du travail de BILLROTH discutant la possibilité de cette opération; il est très douteux qu'elle puisse jamais être de quelque utilité pour les malades souffrant d'un carcinome de l'œsophage. Bien que le néoplasme présente souvent une forme annulaire, l'opération ne peut amener la guérison que dans des cas exceptionnels, lorsque la situation de la tumeur est tout à fait favorable et que l'anneau carcinomateux a des limites très précises. CZERNY a réséqué 6 centimètres de l'œsophage et suturé le bout inférieur dans la plaie du cou. De même l'établissement, au-dessous du carcinome, d'une fistule destinée à nourrir le malade, n'offre que peu de chances d'un succès même passager, comme le prouvent les anciennes observations ainsi que deux cas publiés dernièrement par KAPPELER. Du reste les adhérences de la tumeur avec le voisinage sont déjà une source de difficultés pour toute intervention opératoire de ce genre.

Les lavements nutritifs, selon la prescription de LEUBE, ainsi que les narcotiques, sont les seuls moyens qui puissent soulager le malheureux à la dernière période de la maladie.

#### Ectasie et diverticules de l'œsophage.

§ 87. — Nous désignons sous le nom d'**ectasie** une dilatation fusiforme de l'œsophage intéressant toutes les tuniques de ce conduit; sous celui de **diverticule**, une poche formée à côté de l'œsophage et en communication avec ce dernier; tantôt il s'agit d'une véritable hernie de la muqueuse et du tissu sous-muqueux à travers les fibres musculaires; tantôt, au contraire, le diverticule est formé au début par toutes les tuniques, mais son accroissement ultérieur a déterminé une atrophie de la tunique musculaire.

La distinction entre ces deux groupes de dilatations a une importance aussi bien pour l'anatomo-pathologiste que pour le clinicien. L'**ectasie** intéresse une certaine étendue de l'œsophage et quelquefois ce conduit tout entier; elle peut atteindre des dimensions colossales; c'est ainsi qu'on a vu l'œsophage, dont les tuniques étaient considérablement épaissies, acquérir une longueur double et une largeur de six à huit fois plus grande qu'à l'état normal.

Dans beaucoup de cas la dilatation est fusiforme; dans d'autres l'œsophage se dilate tout à coup en un large conduit pour revenir tout aussi rapidement à son calibre normal, ou bien il se dilate brusquement en un point pour diminuer peu à peu de calibre dans l'autre direction. Cette dernière forme s'observe principalement dans les ectasies qui se développent au-dessus d'un rétrécissement. Nous avons déjà fait remar-

quer que, dans ces cas, il se produit une hypertrophie compensatrice au-dessus du point rétréci. Avec le temps, toutefois, le muscle hypertrophié n'est plus en état de surmonter l'obstacle et il s'atrophie; les aliments en s'accumulant produisent une dilatation qui commence directement au-dessus du point rétréci et se continue en haut sans transition brusque avec le conduit normal. C'est le rétrécissement du cardia qui donne lieu aux ectasies les plus étendues; même dans les rétrécissements du pylore on a observé une dilatation de l'œsophage.

Dans ces différents cas la tunique musculaire est le plus souvent épaissie; en outre on observe des altérations de la muqueuse, qui devient irrégulière, verruqueuse. Quelquefois aussi, surtout lorsque les tuniques de l'œsophage ont été détruites inégalement par des substances caustiques, il se produit une dilatation irrégulière du conduit, une ectasie partielle de la paroi formant transition vers le diverticule.

Il existe aussi des ectasies fusiformes qui ne sont pas sous la dépendance de rétrécissements; elles peuvent atteindre des dimensions colossales. C'est ainsi que l'on a vu des œsophages ayant l'épaisseur du bras et en même temps une longueur extraordinaire. Dans ces cas tantôt on observe une hypertrophie intéressant soit la tunique musculaire, soit la muqueuse, tantôt on ne constate pas de changements notables dans l'épaisseur de ces tuniques. La muqueuse toutefois présente souvent des altérations; elle est verruqueuse et le siège d'ulcérations. L'étiologie de ces formes d'ectasie est obscure; dans un cas (STERN) la dilatation semblait s'être produite rapidement à la suite d'un processus inflammatoire diffus. Certains cas sont probablement congénitaux. Chez les nouveau-nés on observe, en effet, quelquefois une dilatation en forme de bouteille directement au-dessus du cardia.

L'**ectasie due à des rétrécissements** ne produit pas de phénomènes particuliers; quelquefois on réussit à la constater lorsque la sonde introduite se meut librement au-dessus du point rétréci. Dans l'**ectasie sans rétrécissement** le conduit dilaté se remplit de substances alimentaires et exerce alors sur les voies respiratoires une compression qui provoque des accès de toux et par conséquent le rejet des aliments. Quelquefois aussi on constate en haut et en arrière, de chaque côté de la colonne vertébrale, une matité d'étendue variable qui peut mettre sur la voie du diagnostic. Un signe caractéristique est la variabilité des symptômes de dysphagie. Assez souvent la sonde ne fournit aucun renseignement. L'ectasie est probable seulement dans les cas où la sonde arrive sans difficulté dans l'estomac, et où l'on peut lui imprimer des mouvements étendus dans l'œsophage. Le pronostic des formes d'ectasie très prononcées est d'autant plus grave que l'art ne peut intervenir que dans le but d'alimenter le malade.

§ 88. — On a observé deux formes principales de **diverticules**. L'une d'elles reconnaît comme cause une traction cicatricielle exercée sur