

diphthérie. Lanzoni, Brechefeld, Ploucquet, cités par Follin, rapportent également des faits de rétrécissements œsophagiens à la suite de variole confluente.

La syphilis peut-elle être la cause de rétrécissements organiques de l'œsophage? Quoique divers auteurs aient admis l'influence de cette diathèse sur le développement de certains rétrécissements œsophagiens, et malgré deux observations rapportées par le docteur West (1), il me paraît impossible d'affirmer l'existence de ces rétrécissements syphilitiques de l'œsophage et encore moins de dire la nature de la lésion qui produirait ces sortes de rétrécissements.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE. — Les rétrécissements organiques de l'œsophage peuvent être multiples et occuper plusieurs points de la longueur du conduit. Lorsqu'il n'y a qu'un seul rétrécissement, il siège le plus ordinairement à la partie supérieure, au niveau de la jonction du pharynx et de l'œsophage. Tantôt il se présente sous la forme d'une bride comprenant la totalité ou seulement une partie de la circonférence du conduit (*rétrécissements cicatriciels*); tantôt la portion rétrécie affecte l'apparence d'une filière régulièrement cylindrique ou légèrement infundibuliforme (fig. 31). L'étendue et le degré de la sténose varient considérablement; parfois limité à quelques millimètres, le rétrécissement peut offrir une longueur de plusieurs centimètres et occuper même la presque totalité de l'œsophage. Il peut être borné à une simple diminution du calibre du conduit, ou porté au point de n'admettre qu'une sonde de petit calibre.

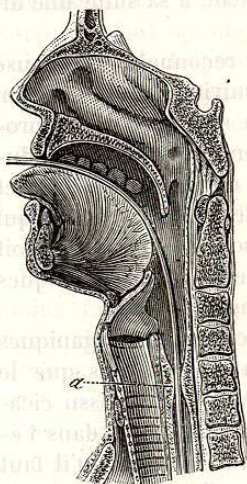


FIG. 31. — Rétrécissement organique de l'œsophage. — a. Sonde traversant le point rétréci.

Au niveau de la coarctation, on constate diverses lésions des tuniques œsophagiennes. La muqueuse et le tissu cellulaire sous-jacent sont plus ou moins épaissis, durs, résistants, inextensibles, d'une couleur blanchâtre, grisâtre, analogue à du tissu fibreux. La tunique musculieuse elle-même paraît hypertrophiée, indurée et quelquefois transformée en tissu fibreux. On a même cité des cas de rétrécissements *cartilagineux* et *osseux*, dus à une dégénérescence plus complète des tuniques œsophagiennes. L'existence de rétrécissements constitués par une simple hypertrophie musculaire, quoique admise par Follin, ne nous paraît pas suffisamment démontrée.

Il n'est pas rare d'observer, au niveau de la coarctation, des ulcérations de la membrane muqueuse, qui présente en outre des productions polypeuses augmentant le degré du rétrécissement.

(1) *Dublin quarterly Journal*, février 1860.

Au-dessus du rétrécissement, il existe parfois une dilatation de l'œsophage en forme de poche, qui remonte plus ou moins haut et qui peut acquérir des dimensions assez considérables pour renfermer une grande quantité de liquides ou de substances alimentaires. Souvent on constate les signes d'une inflammation chronique de la muqueuse œsophagienne, dans les parties situées au-dessus de la coarctation (rougeur, gonflement, ulcérations). Ces lésions sont probablement dues à l'irritation produite par le séjour prolongé des aliments. Dans quelques cas, cette inflammation s'est terminée par la perforation de l'œsophage.

Enfin, la portion du conduit située au-dessous du rétrécissement, revenue sur elle-même, présente un calibre inférieur au calibre normal.

SYMPTOMATOLOGIE. — On doit signaler, dans la symptomatologie des rétrécissements organiques de l'œsophage, une première période dans laquelle le malade a présenté les signes d'une œsophagite aiguë (douleur, dysphagie, etc.). Puis, dans une période ultérieure et plus ou moins éloignée, lorsque les accidents aigus se sont calmés ou ont même complètement disparu, on voit se manifester les symptômes propres au rétrécissement confirmé.

La dysphagie est le premier phénomène signalé par les malades, qui indiquent en même temps le point où se produit l'arrêt du bol alimentaire. D'abord légère, permettant le passage des liquides, des aliments réduits en minces fragments, la dysphagie augmente graduellement à mesure que la coarctation fait des progrès. Elle ne tarde pas à s'accompagner d'une douleur variable dans son expression: tantôt continue, tantôt intermittente, elle est parfois localisée dans un même point, ou irradie entre les deux épaules, vers l'oreille, vers l'épigastre. L'auscultation de l'œsophage, pratiquée au niveau du point rétréci, laissera entendre un bruit de *glouglou*, qui peut devenir assez intense pour que le malade le perçoive,

Lorsque le rétrécissement est assez étroit, on observe souvent un phénomène connu sous le nom de *vomissement œsophagien*. Tantôt ce vomissement, comparable au vomissement stomacal, s'accompagne d'efforts violents, de toux, de turgescence de la face, et détermine le rejet par la bouche des substances ingérées; tantôt il se produit lentement et plus ou moins longtemps après l'ingestion des aliments; c'est principalement lorsqu'il existe une dilatation de l'œsophage au-dessus du rétrécissement. Dans ce cas, les aliments sont lentement ramenés dans la bouche par une sorte de rumination, due, suivant Hamburger, à ce que les parois du diverticule acquièrent une contractilité propre. Parfois cette régurgitation est incomplète, c'est-à-dire que les aliments, après avoir séjourné dans la poche pendant un certain temps, peuvent remonter dans l'œsophage pour reprendre une marche descendante et franchir la partie rétrécie. La salivation énorme qui se produit dans ces cas aide sans doute le passage ultérieur des substances contenues dans la poche.

L'auscultation de l'œsophage permettra parfois de constater l'intervalle considérable qui sépare le bruit normal de la déglutition du bruit produit par la régurgitation. D'autre part, il sera souvent possible, si le rétrécissement siège à la partie supérieure de l'œsophage, de constater un gonflement de la région cervicale, qui augmentera au moment de la déglutition des liquides ou des aliments. Dans un cas cité par



Gaultier de Claubry, cette dilatation était telle que lorsque la poche était distendue par les aliments, elle formait sur les parties latérales du cou deux tumeurs oblongues, tandis que, dans l'état de vacuité, la peau restait flasque et pendante. Dans ces circonstances, le malade arrive parfois à faciliter le passage des aliments, en comprimant la tumeur cervicale.

Le hoquet, signalé par quelques auteurs comme un symptôme à peu près constant des maladies de l'œsophage, manque souvent dans les rétrécissements organiques. On doit également mentionner les altérations de la voix, l'aphonie, qui résultent soit d'une action réflexe ou d'une compression directe sur les nerfs récurrents.

DIAGNOSTIC. — En présence des symptômes énumérés précédemment, le chirurgien doit s'assurer s'il existe un rétrécissement, puis, celui-ci étant reconnu, déterminer son siège, son degré, sa longueur, sa nature.

Le diagnostic de l'existence d'un rétrécissement ne peut être établi que par le cathétérisme de l'œsophage, dont nous avons ailleurs indiqué le manuel opératoire. On devra se servir, à cet effet, d'un cathéter à boule (fig. 32), que l'on introduira lentement jusqu'à ce que l'instrument dénote la présence d'un obstacle. Pour déterminer le siège exact du rétrécissement, il suffit de marquer sur la tige du cathéter le point qui correspond aux incisives supérieures, puis l'instrument retiré, on aura la distance cherchée, en retranchant de la longueur

FIG. 32. — Cathéter à boule.

totale 15 centimètres qui représentent, à peu de choses près, la distance qui sépare les incisives de l'ouverture supérieure de l'œsophage.

Ce premier point acquis, on comprend qu'il deviendra facile de déterminer le diamètre du rétrécissement d'après le volume de l'olive qui pourra le franchir; enfin on pourra évaluer approximativement sa longueur en mesurant, comme précédemment, le point du conduit où la sonde, qui a franchi le rétrécissement, est arrêtée lorsqu'on la retire.

Le siège, l'étendue, le degré de la coarctation étant reconnus, il im-

porte de décider quelle est sa nature. Les commémoratifs surtout devront faire soupçonner l'existence d'un rétrécissement organique. Mais il importe de faire ici le diagnostic différentiel des autres causes capables d'entraîner une diminution de calibre de l'œsophage, telles sont : la compression exercée sur l'œsophage par une tumeur voisine, la présence d'un corps étranger ou d'une tumeur œsophagienne, enfin l'inflammation ou le spasme des parois du conduit.

La compression de l'œsophage par des tumeurs voisines pourrait simuler un rétrécissement, si l'on s'en tenait exclusivement aux signes fournis par le cathétérisme. Cette compression s'observe dans les anévrysmes de l'aorte et des gros vaisseaux du cou, dans les tumeurs du corps thyroïde, dans les adénopathies cervicales, bronchiques, dans les affections chroniques de la colonne vertébrale, enfin dans les abcès péri-œsophagiens. On devra donc examiner avec soin si l'une de ces maladies existe avant de localiser dans l'œsophage même la cause de la dysphagie.

Les corps étrangers, indépendamment des commémoratifs, révèlent souvent leur présence par des douleurs et des phénomènes inflammatoires. Cependant leur diagnostic offre parfois, ainsi que nous l'avons dit, des difficultés presque insurmontables.

Quant aux pseudoplasmes de l'œsophage, je me borne seulement à signaler l'existence des polypes, dont le diagnostic ne peut être sérieusement établi que lorsque la tumeur vient faire saillie à l'extérieur. Il n'en est pas de même des dégénérescences cancéreuses, qui se reconnaissent aux douleurs vives, aux hémorragies, à l'altération rapide de la santé générale, parfois à l'existence d'une véritable tumeur à la région cervicale, sur le trajet de l'œsophage, et à l'envahissement des ganglions cervicaux. Le cathétérisme permettra parfois de détacher quelques fragments de tissu cancéreux, dont l'examen microscopique fera reconnaître la nature. Enfin, les renseignements fournis par l'âge et les antécédents du malade achèveront souvent de compléter le diagnostic.

L'œsophagite se reconnaîtra aux symptômes d'acuité qui l'accompagnent. Elle complique d'ailleurs souvent le rétrécissement organique ou précède son apparition.

Enfin, le spasme de l'œsophage est caractérisé par son apparition subite, chez des sujets jeunes, névropathiques, par ses intermittences, ses alternatives d'amélioration et d'aggravation; enfin, dans cette affection, le cathétérisme fournit des résultats qui varient d'un moment à l'autre, l'instrument explorateur franchissant un jour avec la plus grande facilité l'obstacle qu'il ne pouvait dépasser la veille.

PRONOSTIC. — Il doit être toujours considéré comme grave, d'une part en raison des dangers auxquels le rétrécissement expose les malades, d'autre part en raison des difficultés du traitement.

Par suite de la dysphagie toujours croissante, les fonctions de nutrition s'altèrent rapidement; le malade atteint de rétrécissement œso-

phagien ne tarde pas à maigrir, à perdre ses forces et à présenter l'ensemble des symptômes que l'on observe chez les animaux soumis à une alimentation insuffisante, qui finissent par succomber dans cet état que Chossat a désigné sous le nom d'*inanition*.

Cependant la mort est souvent déterminée par quelque complication intercurrente, comme une lésion pulmonaire d'origine réflexe, ou bien par quelque accident dépendant plus immédiatement du rétrécissement lui-même; telles sont: les inflammations suivies de suppuration et de gangrène des parois œsophagiennes au-dessus du rétrécissement, les perforations des organes voisins (trachée, plèvre) ou des gros vaisseaux de la poitrine et du cou (aorte, carotides, sous-clavière).

TRAITEMENT. — Le *traitement médical* est ici à peu près nul et ne saurait être que palliatif. Dans le cas de diathèse syphilitique nettement reconnue, et en l'absence de toute autre cause capable d'expliquer l'origine du rétrécissement, on pourrait avoir recours au traitement spécifique, mais sans y attacher grande confiance, car l'existence du rétrécissement syphilitique de l'œsophage ne nous paraît pas encore suffisamment démontrée, et le fût-elle d'ailleurs que le traitement spécifique serait probablement aussi inutile ici que dans le traitement des rétrécissements syphilitiques du rectum.

A part cette indication particulière, le traitement médical se borne à l'emploi des remèdes propres à calmer la douleur, à tromper la soif et la faim par l'administration de l'opium en injections hypodermiques, enfin à soutenir autant que possible les forces par des lavements nourrissants.

Le *traitement chirurgical* diffère selon que le rétrécissement est *franchissable* ou *infranchissable*.

1° Le traitement des rétrécissements franchissables de l'œsophage comprend trois méthodes: A. la *dilatation*; B. la *cautérisation*; C. l'*œsophagotomie interne*.

A. La *dilatation* appliquée au traitement des rétrécissements peut être *Brusque* ou *progressive*.

La *dilatation brusque*, dont Flechter paraît avoir eu le premier l'idée, est une méthode dangereuse et qui ne convient que pour les rétrécissements spasmodiques. Elle n'est pas employée dans le traitement des rétrécissements organiques.

La *dilatation progressive* a été faite à l'aide de divers instruments, mais ceux qu'on emploie le plus généralement aujourd'hui sont les cathéters à boule et les bougies cylindro-coniques.

Le cathéter à boule, représenté figure 32, peut servir à pratiquer la dilatation progressive, à la condition d'augmenter graduellement le volume des olives. Afin d'éviter le changement de ces olives, Velpeur a eu l'idée de placer sur une même tige plusieurs renflements allant en augmentant de volume, depuis le plus inférieur jusqu'au plus élevé (fig. 33).

La dilatation par la sonde à boule a l'inconvénient d'être un peu brutale, et d'exercer une action passagère sur le rétrécissement. Aussi Richet et Trélat ont-ils cherché à rendre cette dilatation plus douce, plus lente, plus prolongée, et par suite, plus efficace, en se servant de bougies cylindro-coniques, analogues à celles que l'on emploie pour dilater les rétrécissements de l'urèthre. Mais c'est à notre collègue et ami Bouchard que l'on doit de posséder aujourd'hui une série complète de sondes œsophagiennes cylindro-coniques, dont les dimensions soient appropriées à celles du conduit œsophagien.

Nous avons décrit ailleurs le mode d'introduction de la sonde œsophagienne. Dans le cas de rétrécissement, il importe de redoubler de douceur et de prudence, afin d'éviter les accidents graves qui peuvent résulter de la perforation du conduit au-dessus du rétrécissement. Les exemples n'en sont malheureusement pas très-rares.

On trouvera dans la thèse de Lesbini (1), élève de Bouchard, l'exposé de la méthode suivie par ce dernier, et que nous résumons ici. La bougie œsophagienne, ayant traversé le rétrécissement, est laissée en place durant cinq à huit minutes au plus, en ayant la précaution de faire pencher la tête du malade en avant, afin que la salive et les mucosités, dont la sécrétion est momentanément augmentée, puissent s'écouler par la bouche sans tomber dans le larynx.

Les bougies, employées dans l'ordre de progression de leur diamètre, ne doivent être introduites que tous les deux ou trois jours, et le même numéro doit être employé trois ou quatre fois de suite avant de passer à un numéro supérieur.

D'après les mesures prises par Lesbini, la dilatation ne devrait pas être portée au delà de 15 à 19 millimètres pour les enfants de deux à quinze ans, de 20 à 21 millimètres pour les adultes.

Lorsque la dilatation paraît suffisante, on doit persister dans l'usage de la sonde, que l'on introduit seulement une fois par mois.

La dilatation lente et progressive, exécutée d'après la méthode précédente, constitue un véritable progrès dans la thérapeutique des rétrécissements.



FIG. 33. — Cathéter de Velpeur.

(1) *Trait. des rétréc. œsophag. par la dilat. temporaire et progressive d'après la méthode de M. Bouchard.* Thèse de Paris, 1873.

cissements de l'œsophage, Elle agit ici comme dans les rétrécissements organiques de l'urèthre, en déterminant un ramollissement inflammatoire des tissus rétractiles qui constituent le rétrécissement. Mais on doit savoir que cette méthode ne met pas à l'abri des récidives, et que, pour maintenir le résultat obtenu, il est nécessaire de ne pas abandonner complètement le traitement.



FIG. 34. Œsophagotome de Trélat.

L'œsophagotome de Trélat (fig. 34) se compose d'une tige graduée à grande courbure, présentant vers son extrémité terminale un renflement destiné à butter au-dessus de l'obstacle. La portion de la tige située au-dessus de ce

(1) Note sur une nouvelle méthode opératoire dite œsophagotomie interne (Clinique, t. II, p. 409).

(2) Observations avec quelques considérations pour servir à l'histoire de l'œsophagotomie interne (Mém. de la Soc. de chir., t. VI, p. 547).

(3) Sur l'œsophagotomie interne (Bull. de thérap., 30 mars 1870).

(4) Deux observations d'œsophagotomie interne (Soc. de chir., 16 mars 1870).

B. La *cautérisation*, pratiquée en 1789 par Paletta, est à peu près complètement abandonnée de nos jours. Elle conviendrait tout au plus dans les cas où l'extrême irritabilité de l'œsophage ne permet pas l'introduction fréquente des instruments et rend impossible la dilatation. On pourrait se servir, pour la pratiquer, d'un instrument analogue au porte-caustique de Lallemand et de Ségalas.

C. L'œsophagotomie interne, d'invention toute récente, est indiquée lorsque la dilatation n'est pas applicable par suite des accidents qu'elle provoque, ou lorsque le rétrécissement présente une dureté telle que la dilatation reste sans effet.

La section du rétrécissement a été faite tantôt de *haut en bas*, tantôt de *bas en haut*.

L'incision de *haut en bas*, faite trois fois par Maisonneuve (1) et une fois par Lannelongue (de Bordeaux) (2), a donné seulement un succès et deux résultats douteux. Elle nous paraît en principe très-inférieure à l'incision de *bas en haut*, faite par U. Trélat (3) et Dolbeau (4). Ce dernier, dans les deux cas qu'il a opérés avec succès, s'est servi d'un instrument terminé par une olive au-dessus de laquelle on peut faire saillir une lame ovalaire. L'olive étant introduite au-dessous du rétrécissement, on la retire en faisant saillir la lame.

L'œsophagotomie de Trélat (fig. 34) se compose d'une tige graduée à grande courbure,

renflement, et qui doit pénétrer à travers le rétrécissement, renferme deux lames B, que l'on peut faire saillir à l'aide d'une vis A, placée à l'extrémité manuelle de l'instrument; l'écartement des lames est indiqué par un petit curseur *a*, placé près de la vis. Pour se servir de l'instrument, il faut d'abord avoir déterminé avec précision le siège du rétrécissement; puis, l'instrument étant introduit, on constate sur la tige graduée que l'on est bien parvenu au point rétréci. Il suffit alors de faire saillir les lames, de tirer à soi l'espace de quelques centimètres, puis de faire rentrer les lames et de retirer l'instrument. Dans un cas où Trélat fit usage de cet instrument, il y eut une hémorrhagie inquiétante. C'est, en effet, l'accident le plus à craindre dans l'œsophagotomie interne.

Aussi doit-on considérer cette méthode comme exceptionnelle et devant toujours céder le pas à la dilatation, toutes les fois que celle-ci est praticable. L'œsophagotomie interne, d'ailleurs, ne constitue pas une opération de cure radicale, et ne peut réussir qu'à la condition d'être combinée à la dilatation.

2° Les rétrécissements *infranchissables* ne sont plus justiciables des moyens précédents, et le chirurgien n'a d'autres ressources que l'œsophagotomie externe et la gastrostomie.

A. L'œsophagotomie externe, appliquée au traitement des rétrécissements de l'œsophage, a été pratiquée dans les trois conditions suivantes: 1° au-dessous du rétrécissement; 2° au niveau du point rétréci; 3° au-dessus de la coarctation.

L'opération faite *au-dessous* du rétrécissement est toujours palliative; elle est seulement indiquée dans les cas de rétrécissements cancéreux infranchissables pour la sonde et condamnant les malades à mourir de faim. L'œsophagotomie a été pratiquée trois fois dans ces conditions et, quoique les opérés aient succombé aux progrès de la maladie, on peut dire que l'opération a été utile en permettant de calmer les angoisses de la faim.

L'opération faite *au-dessus* du rétrécissement, comme celle que l'on pratique *au niveau* du rétrécissement, remplit un but complexe qui permet à la fois d'alimenter le malade et de traiter la maladie. Le plus ordinairement le chirurgien a obéi à une indication impérieuse, l'impossibilité de franchir la portion rétrécie du canal et par conséquent l'imminence de la mort par inanition. Cependant Follin avait déjà émis l'opinion que l'œsophagotomie externe serait peut-être indiquée dans certains cas de rétrécissements encore franchissables, mais ne se laissant traverser que très-difficilement et avec de vives souffrances. L'opération n'a été faite qu'une fois dans ces conditions, mais n'a pas été suivie de succès. Avant d'en venir à cette opération, il serait préférable, suivant nous, d'avoir recours à l'œsophagotomie interne.

D'ailleurs l'œsophagotomie externe, applicable seulement aux rétrécissements de l'œsophage situés dans la portion cervicale, a été suivie de mort dans les sept cas où elle a été pratiquée.

B. La *gastrostomie* constitue une ressource ultime à laquelle on ne serait autorisé à avoir recours que dans le cas de rétrécissement infranchissable de l'œsophage situé dans la portion thoracique, car l'œsophagotomie externe doit être préférée à la gastrostomie dans les rétrécissements de la portion cervicale.

Proposée par John Watson et Egebert (1839) comme moyen palliatif contre les rétrécissements œsophagiens infranchissables, la gastrostomie fut pratiquée pour la première fois en 1849 par Sédillot, et son exemple a été suivi par d'autres chirurgiens. Dans un récent mémoire, Jacobi (1) rapporte quinze observations de gastrotomie pratiquée dans des cas de rétrécissements œsophagiens. A ces quinze faits, j'en ajouterai un seizième publié par Sydney Jones (2). Or, dans tous ces cas, la mort a été la terminaison constante, et est survenue souvent au bout de quelques heures ou de quelques jours. L'opéré de Sydney Jones a survécu quarante jours et paraît être mort de bronchite. Il s'agissait d'un cas de cancer de l'œsophage.

Ces résultats ne sont pas encourageants et paraissent même suffisants pour faire proscrire cette opération. Aussi renvoyons-nous, pour les détails du manuel opératoire, aux traités spéciaux.

ARTICLE IV

DE L'ŒSOPHAGOTOMIE EXTERNE

Il ne sera question dans cet article que du manuel opératoire de l'œsophagotomie externe, dont nous avons établi les indications à l'occasion des corps étrangers, des tumeurs et des rétrécissements de l'œsophage.

DE LAVACHERIE, *De l'œsophagotomie*. Bruxelles 1845. — FÉLIX TERRIER, *De l'œsophagotomie externe*. Thèse de Paris, 1870. — DUPLAY, *De l'œsophagotomie* (*Arch. gén. de méd.*, 1871, vol. I, p. 193).

Pour pratiquer l'œsophagotomie externe, le malade sera couché horizontalement sur le dos, la nuque soutenue par un oreiller, la tête solidement maintenue par un aide. Le chloroforme pourrait être employé, à moins de contre-indication spéciale et notamment de trouble respiratoire.

Dans la plupart des cas, les chirurgiens ont choisi de préférence le côté gauche du cou pour pénétrer jusqu'à l'œsophage, en raison de la saillie normale du conduit de ce côté. Dans deux cas seulement où l'œsophagotomie était pratiquée pour l'extraction d'un corps étranger, la saillie de celui-ci sur le côté droit du cou détermina le chirurgien à

(1) *Gastrotomie in stricture of the œsophagus* (*New-York méd. journ.*, august et sept. 1874).

(2) *The Lancet*, 15 mai 1875.

faire l'opération à droite. La direction de l'incision, suivant Begin, doit être parallèle au conduit laryngo-trachéal, et placée dans le sillon interposé entre ce conduit et le bord antérieur du sterno-mastoïdien. Quelques opérateurs ont préféré donner à l'incision une direction parallèle au bord antérieur du muscle sterno-mastoïdien et la placer juste sur ce bord ou un peu en avant. Je ne trouve aucun avantage à adopter de préférence l'une ou l'autre direction. Le point capital, c'est que l'incision conduite dans l'intervalle compris entre le sterno-mastoïdien et le conduit laryngo-trachéal.

Les limites de l'incision ont beaucoup varié. Begin la commençait à un travers de doigt au-dessus de l'articulation sterno-claviculaire, et la terminait au niveau du bord supérieur du cartilage thyroïde. Mais on comprend que l'étendue de cette incision doive être modifiée suivant les indications particulières; c'est ainsi qu'on peut l'agrandir vers son angle supérieur, si le corps étranger ou le point rétréci est placé très-haut.

La peau incisée, on coupe successivement le peucier et l'aponévrose superficielle, puis on pénètre dans le tissu cellulaire interposé entre le conduit laryngo-trachéal en dedans, le sterno-mastoïdien et le paquet vasculo-nerveux en dehors. Cette dissection doit se faire avec la plus grande prudence, et l'on doit agir plus spécialement avec la sonde cannelée qu'avec le tranchant du bistouri, lequel doit être dirigé du côté du conduit laryngo-trachéal, afin d'éviter la lésion des gros vaisseaux. D'ailleurs, il est bon de faire rétracter par un aide le bord interne de la solution de continuité, tandis que le chirurgien rétracte en dehors le bord externe de la plaie et protège ainsi les vaisseaux et les nerfs.

Suivant la hauteur à laquelle on a pratiqué l'incision, et aussi selon les sujets, on peut rencontrer le muscle omo-hyoïdien que l'on dévie ou que l'on sectionne en travers. A mesure que l'on pénètre plus profondément, il est recommandé de se rapprocher de plus en plus du système laryngo-trachéal, mais on ne fournit aucun point de repère pour arriver sûrement sur l'œsophage.

Certaines circonstances rendent la recherche du canal œsophagien très-facile, comme, par exemple, lorsqu'il s'agit d'un corps étranger repoussant la paroi œsophagienne, ou lorsque l'œsophage étant déjà perforé, on arrive sur une collection purulente qui communique directement avec le conduit. Mais il n'en est pas toujours ainsi, et c'est probablement en raison des difficultés qu'il avait rencontrées dans ses expérimentations que Vacca Berlinghieri proposa de se servir d'une sorte de dilateur (fig. 35), auquel il donnait le nom d'*ectopœsophage*, et qui lui permettait de faire saillir la paroi du conduit dans le fond de l'incision.

Quoique l'instrument de Vacca ait été seulement employé dans un cas par le professeur Richet, le principe est resté dans la pratique, et l'œsophagotomie externe *sur conducteur* a été pratiquée assez souvent pour qu'on ait pu apprécier ses avantages réels. Toutes les fois donc qu'il sera