

gers s'y arrêtent fréquemment et séjournent, en réalité, dans le pharynx.

Ils s'arrêtent également un peu au-dessous de la fourchette du sternum, au niveau de la première inflexion latérale, dans le point où l'œsophage quitte la ligne médiane pour se porter à droite. Cette déviation, avons-nous vu, est due à ce que la crosse de l'aorte abandonne le sternum pour se porter à gauche et en arrière, au niveau de la quatrième dorsale. Il en résulte que l'aorte est en rapport à cet endroit avec un point de l'œsophage déjà rétréci normalement. Or, un anévrysme de cette portion du vaisseau pourra diminuer encore le calibre œsophagien, produire de la dysphagie et faire croire à un rétrécissement *vrai* de l'œsophage. On devra toujours avoir présents à l'esprit des cas d'hémorragie foudroyante succédant à un cathétérisme pratiqué dans ces conditions.

Les corps étrangers arrêtés en ce point pourront aussi, à la longue, ulcérer les parois de l'œsophage, et, consécutivement, l'aorte elle-même.

Quant au rétrécissement inférieur ou cardiaque, il ne paraît pas s'opposer au passage des corps étrangers, qui pénètrent généralement dans l'estomac quand ils ont franchi les deux premiers.

C'est au niveau de ces trois points rétrécis du tube œsophagien qu'on observe le plus ordinairement les rétrécissements de cet organe, surtout ceux qui sont cicatriciels, parce que, sans doute, les liquides corrosifs introduits dans l'œsophage y séjournent un peu plus longtemps.

Je n'ai pas à faire ici l'histoire si intéressante des corps étrangers de l'œsophage; je dirai seulement qu'il faut, autant que possible, les extraire par les voies naturelles, soit avec la pince de Hunter, celle de Mathieu, le panier de Graëfe ou l'instrument de Weiss (faisceaux de soie disposés en forme de parasol); si on n'y peut réussir, on tentera de les repousser dans l'estomac avec une tige en baleine garnie d'une éponge. M. le Dr Gauthier (de Genève), a eu l'idée ingénieuse d'employer un pessaire Gariel qu'il a introduit sur un mandrin dans l'œsophage. Par plusieurs insufflations successives, il a distendu le canal œsophagien et dégagé un débris d'os qui est tombé dans l'estomac. La dernière ressource serait l'œsophagotomie externe.

Il faut savoir que le malade peut conserver, pendant un certain temps, l'impression produite par le corps étranger alors que celui-ci n'est plus dans l'œsophage. Par contre, un corps étranger plat, à arêtes vives, tel qu'une portion d'os, par exemple, peut s'accrocher dans les parois œsophagiennes, s'y placer de champ, s'y dissimuler, produire de graves accidents, tout en permettant la déglutition, et sans que le cathétérisme lui-même en dénote la présence. On pourrait recourir, dans ces cas, à l'explorateur, doué d'une sensibilité exquise, imaginé par M. Colin, surtout à la radiographie.

Quelles dimensions peut acquérir l'œsophage par une distension brusque (1) ? Le conduit ne se distend pas uniformément, ainsi que les mensurations précédentes le faisaient déjà prévoir. Les deux points rétrécis supérieurs atteignent 18 à 19 millimètres, la partie inférieure mesure 25 millimètres et la partie moyenne de l'œsophage, qui est la plus extensible, arrive jusqu'à 35 millimètres de diamètre.

(1) Je dis distension brusque, parce que nous savons combien l'œsophage est susceptible de se distendre à la longue. Il se forme quelquefois au-dessus du rétrécissement une véritable poche capable de contenir assez d'aliments pour abuser le malade et lui faire espérer qu'ils ont pénétré dans l'estomac.