

De ces données anatomiques il résulte : 1° dans un œsophage normal, on devra toujours pouvoir introduire une olive de 14 millimètres de diamètre au minimum : si on n'y réussit pas, c'est qu'il existe un rétrécissement ; 2° lorsque, par la dilatation, on aura atteint le calibre de 18 millimètres, on s'arrêtera. Les olives doivent donc être construites d'après ces indications. Est-ce à dire que l'œsophage ne puisse laisser passer des corps mesurant plus de 18 millimètres de diamètre ? Non, sans doute, car les mensurations qui précèdent ont été prises sur un œsophage distendu suivant toute sa circonférence. Cela est donc vrai seulement pour les corps arrondis, se moulant sur l'œsophage. Il n'en sera pas de même d'un corps aplati qui dilatera le canal suivant un seul de ses diamètres, et principalement suivant le diamètre transversal. L'œsophage, en effet, limité en avant par le cricoïde et la trachée, en arrière par la colonne vertébrale, résiste dans le sens du diamètre antéro-postérieur, tandis qu'il n'existe pas d'obstacles à sa distension latérale. C'est sur cette disposition anatomique exacte que Chassagny s'est basé pour proposer de remplacer les boules olivaires par des boules aplaties.

Le cathétérisme de l'œsophage ne trouve guère d'indication que chez l'adulte. On peut cependant être appelé à le pratiquer chez des nouveau-nés, lorsqu'il existe une malformation de l'œsophage, par exemple ; dans ce but, M. le Dr Mouton en a recherché les dimensions, et il a trouvé que la distance qui sépare le cardia du bord gingival supérieur est de 17 centimètres chez le nouveau-né. Il évalue à 4 millimètres le calibre de l'œsophage dans ses parties les plus étroites.

Rapports de l'œsophage.

L'histoire du cathétérisme et des rétrécissements de l'œsophage ne peut se comprendre que si l'on a préalablement une idée exacte des rapports de ce conduit. Ceux-ci diffèrent au cou, au thorax et à l'abdomen.

Rapports au cou. — En avant, l'œsophage est en rapport avec la portion membraneuse de la trachée-artère ; il en est séparé par une couche de tissu cellulaire lâche, qui facilite les glissements entre ces deux organes. Un phlegmon profond du cou, détruisant ce tissu, pourrait anéantir la mobilité de l'œsophage et devenir une cause de dysphagie. Par la saillie qu'elle fait en avant, la trachée protège efficacement l'œsophage contre les blessures. Il est rare, en effet, que ce dernier soit atteint dans les plaies transversales du cou produites dans une intention de suicide. Si cela arrivait, on tenterait de pratiquer la suture comme on le fait après l'œsophagotomie externe.

De ce rapport immédiat de la trachée et de l'œsophage, il résulte encore que le point de repère par excellence pour arriver sur l'œsophage est la trachée, car le doigt peut toujours la sentir dans une plaie du cou. C'est pourquoi Nélaton avait conseillé de faire pour l'œsophagotomie la même incision cutanée que pour la trachéotomie, idée qui paraît rationnelle et pratique.

Si l'on préfère l'incision latérale, celle qui est pratiquée pour la ligature de la carotide primitive, il ne faut pas oublier que la première étape de l'œsophagotomie doit, quand même, être la trachée, qui, surtout au début de l'opération, sert plus au chirurgien que la sonde conductrice de Vacca Berlinghieri. La