

artères intercostales droites, à du tissu cellulaire lâche et à des ganglions lymphatiques qui le séparent de la colonne vertébrale. Comme je l'ai déjà dit, l'œsophage ne suit nullement la courbure du rachis.

Sur les côtés, il répond : à droite, au feuillet droit du médiastin ; à gauche, à la crosse de l'aorte et aux branches qui en naissent : la carotide primitive et la sous-clavière gauche. J'ai montré, plus haut, les conséquences de ce rapport. L'aorte, d'abord placée à gauche de l'œsophage, passe bientôt en arrière pour gagner l'orifice aortique du diaphragme ; cet orifice est placé en arrière et un peu à droite de celui de l'œsophage. Ces deux conduits se croisent donc en figurant un X à branches très allongées, l'œsophage en avant, l'aorte en arrière.

Bien que la portion thoracique de l'œsophage soit la plus large, les corps étrangers peuvent néanmoins s'y arrêter. On verra avec intérêt la préparation déposée au musée Dupuytren par Denonvilliers : un homme qui ne possédait plus qu'une pièce de 5 francs en argent l'avalait. La pièce resta dans la portion thoracique de l'œsophage et détermina une ulcération de l'aorte.

L'œsophage est d'abord côtoyé par les deux nerfs pneumogastriques qui se placent ensuite, le gauche en avant et le droit en arrière.

Dans l'abdomen, l'œsophage repose sur les piliers du diaphragme et répond en avant au bord postérieur du foie. Il n'est pas rare d'observer des cancers de l'extrémité inférieure de l'œsophage, et, chose bonne à noter, les malades rapportent souvent à l'extrémité opposée la gêne qu'ils éprouvent dans la déglutition.

Structure et développement de l'œsophage.

L'œsophage se compose d'une tunique musculuse, d'une tunique celluleuse et d'une muqueuse.

La tunique *musculaire*, très épaisse, peut par sa contracture donner naissance à un rétrécissement *spasmodique*. L'élément spasmodique, d'ailleurs, s'ajoute souvent à un rétrécissement et s'oppose au passage des bougies. Il peut ainsi tromper sur le siège du rétrécissement.

Lorsque la muqueuse qui tapisse la face interne de l'œsophage a été détruite dans une partie de son étendue par la déglutition d'une substance corrosive, il en résulte la production d'un tissu de cicatrice, qui peut, à la longue, amener un *rétrécissement cicatriciel*. Cette affection est remarquable par la lenteur de son développement. Un malade que j'ai opéré avait avalé, dix ans auparavant, de l'acide sulfurique. Comme on l'observe pour l'urètre, il est très rare d'arriver par la dilatation simple à guérir les rétrécissements cicatriciels de l'œsophage. Quand les tentatives ont été infructueuses, il ne faut pas hésiter à pratiquer l'œsophagotomie interne, à laquelle j'ai dû un très beau succès, à l'hôpital Saint-Louis, en 1872.

L'œsophage est formé dans sa partie supérieure aux dépens du feuillet externe, et dans sa partie inférieure aux dépens du feuillet interne du blastoderme. Ces deux parties vont à la rencontre l'une de l'autre. Elles peuvent ne pas arriver au contact et être séparées par un cordon fibreux plein. Il existe alors une imperforation de l'œsophage. Quelquefois, l'un des bouts s'ouvre dans la trachée. M. Perier en a présenté un exemple à la Société de chirurgie ; le