

Nous avons le choix entre le cathétérisme, la gastrostomie, et la jéjunostomie.

Le cathétérisme est d'emblée écarté.

Tant que le cathétérisme, c'est-à-dire l'alimentation au moyen de la sonde, peut être facilement pratiqué, il constitue le traitement de choix. Mais pour cela, il faut absolument que le rétrécissement reste franchissable sans difficultés. Alors on peut avoir recours, soit au cathétérisme intermittent, soit, ce qui semble préférable, à la sonde à demeure dont on ramène par le nez l'extrémité supérieure, soit encore à une canule à demeure réalisant une véritable intubation de l'œsophage suivant l'idée lancée et mise en pratique par Leyden et Renvers.

Chez notre malade le rétrécissement est quasi infranchissable et forcément il faut se rabattre sur la bouche stomacale ou intestinale.

La gastrostomie serait peut-être l'opération de choix, mais nous l'avons délibérément mise de côté pour les raisons suivantes : Une gastrostomie pour donner de bons résultats doit remplir les conditions suivantes : 1° pouvoir être rapidement exécutée, vu que les malades qui en sont justiciables ne sont pas d'habitude en état de supporter un shock opératoire un peu sérieux. 2° il faut impérieusement qu'elle réalise une " bouche " continente et continente de façon durable.

Lorsque l'estomac est adhérent et qu'il est difficile sans une intervention un peu longue et quelquefois périlleuse de rompre les adhérences pour attirer un cône dans la plaie, il vaut mieux donner la préférence à la jéjunostomie.

Chez notre malade, le cancer au cardia laisse facilement soupçonner des adhérences solides, un envahissement probable de la petite courbure, bref des conditions existantes qui rendront la gastrostomie difficile d'exécution, par conséquent à pronostic immédiat sérieux. Car, pour peu que l'intervention chez des