

## CHAPITRE II.

## RÉTRÉCISSEMENT DE L'ŒSOPHAGE (1).

## GENÈSE. — ANATOMIE PATHOLOGIQUE.

L'œsophage peut être rétréci : 1° par des *corps étrangers*; 2° par la *compression d'une tumeur du voisinage*; 3° par une *altération de ses parois*. Ce sont les sténoses de ce dernier groupe qui constituent les rétrécissements

(1) Voyez les traités de chirurgie, la bibliographie du chapitre précédent; en outre : ANDRAL, *Clinique médicale*. — ANDREWS, *Ueber die Anwendung des Höllensteins gegen Stricturen der Speiseröhre* (trad. de Ruppis). Leipzig, 1832. — GENDRON, *Journ. des conn. méd.-chir.*, 1837. — TROUSSEAU, *Acad. de méd.*, 1846, et *Revue méd.*, 1848. — VIGLA, *Arch. gén. de méd.*, 1846. — FOLLIN, *Des rétrécissements de l'œsophage*, thèse de concours. Paris, 1853. — BETZ, *Beiträge zur Diagnose und Symptomatologie der Œsophaguskrankheiten* (Prager Viertelj.), 1854. — REEVES, *Clinical Illustrations* (Association med. Journ., 1854). — EHRHARDT, *Entartungen der Speiseröhre* (Preuss. Ver. Zeit., 1855). — RÜHLE, *Wiener med. Wochens.*, 1855. — WOLFF, *Union méd.*, 1855. — LEBERT, *Deutsche Klinik*, 1855. — CH. BERNARD, *Union méd.*, 1856. — LUTON, *Bullet. Soc. anat.* Paris, 1856. — HORNING, *Stricture œsophagi* (Berlin. med. Zeit., 1857). — LOTZBECK, *Œsophagusstricture, etc.* (Deutsche Klinik, 1858). — COUZOT, *Journ. de méd. de Bruxelles*, 1858. — OPPOLZER, *Wiener Spitalszeitung*, 1861. — STEIGER, *Ueber Verengerung der Speiseröhre* (Würz. med. Zeitschr., 1861). — HOPPE, *Salmiak bei Verengerung der Speiseröhre* (Preuss. med. Zeit., 1861). — BROSKE, *Ueber die Behandlung der Œsophagusstricturen*. Leipzig, 1862. — ROUSSELOT-BEAULIEU, *Thèse de Paris*, 1864. — BÉHIER, *Clinique méd. de la Pitié*. Paris, 1864. — KELLER, *Ueber Œsophagusstenosen* (Oester. Zeitschr. f. prakt. Heilk., 1865). — HYDE SALTER, *On œsophageal Dysphagia* (British med. Journ., 1865). — HEAD, *The Lancet*, 1865. — MANSIÈRE, *Des rétrécissements intrinsèques de l'œsophage*, thèse de Paris, 1866. — ERAS, *Die Canalisationsstörungen der Speiseröhre*. Leipzig, 1866. — BONMARIAGE, *Rétrécissement fibreux* (Presse méd., 1867). — PEACOCK and WALE HICKS, *Transact. of the path. Soc.*, 1867. — SIMON, *Ueber carcinomatöse Stenose des Œsophagus*. Berlin, 1868.

MONRO, *Morbid Anatomy of the Gullet, Stomach and Intestines*. London, 1838. — WILKS, *Union méd.*, 1861. — GINDRE, *Recherches sur les complications anatomiques du cancer de l'œsophage*, thèse de Paris, 1863. — BAMBERGER, *Krankheiten des chylopoëtischen Systems*. Erlangen, 1864. — DEMARQUAY, *Gaz. hôpit.*, 1866. — DOLBEAU, *Eod. loco*, 1866. — CORNIL, *Rétrécissement de l'œsophage causé par un cancroïde à cellules pavimenteuses, etc.* (Gaz. hôp., 1867). — MORELL MACKENZIE, *Epithelial Cancer of the œsophagus* (Transact. of the path. Soc., 1867). — CHALYBÆUS, *Œsophagus Krebs* (Deutsche Klinik, 1868).

CHVOSTEK, *Ein Fall von Tuberculose des Œsophagus* (Oester. Zeits. f. prakt. Med.,

proprement dits. Les *ALTÉRATIONS* qui y donnent naissance sont de trois ordres, savoir les *hypertrophies et les indurations limitées*, suite d'inflammation simple; — les *épaississements et les rétractions cicatriciels*, suite d'inflammation ulcéreuse; — les *tumeurs ou néoplasmes* développés dans les parois du canal.

Les *causes* des RÉTRÉCISSEMENTS CICATRICIELS ont été indiquées pour la plupart à propos de l'œsophagite; l'*ingestion de liquides trop chauds* ou de *substances caustiques* en est le point de départ ordinaire; quelques faits établissent en outre la possibilité de l'*origine syphilitique*.

Les RÉTRÉCISSEMENTS PAR NÉOPLASMES résultent, dans la majorité des cas, du développement du *cancer*. La fréquence relative des diverses formes de cancer n'est pas bien établie. D'après bon nombre d'auteurs, le squirrhe et l'encéphaloïde sont les plus communs, et le cancer épithélial est exceptionnel; mais Bamberger incline à croire que ce dernier est la variété la plus ordinaire. Le cancer œsophagien est presque toujours primitif, il occupe la région supérieure ou inférieure du conduit, rarement la partie moyenne; il débute par le tissu sous-muqueux, puis envahit les couches adjacentes, affectant assez souvent une disposition parfaitement circulaire.

1868). — PAULICKI, *Eine seltene, vielleicht tuberculöse, Ulceration des Œsophagus* (Virchow's Archiv, 1868).

HUBER, *Dysphagia strumosa* (Deut. Arch. f. klin. Med., 1869). — KRAUS, *Structura œsophagi tuberculosa* (Allg. Wiener med. Zeit., 1869). — GALLARD, *Sur le rétrécissement de l'œsophage* (Union méd., 1869). — HUTCHINSON, *London Hosp. Reports*, 1869. — GANDAIS, *Thèse de Paris*, 1869. — HAMBURGER, *Oester. med. Jahrb.*, 1870. — GILLESPIE, *Constriction of the œsophagus* (Boston med. and surg. Journ., 1870). — TRÉLAT, *Sur l'œsophagotomie interne dans les rétrécissements cicatriciels de l'œsophage* (Bullet. Acad. méd., 1870). — PAGET, *Clinical Remarks on stricture of the œsophagus* (The Lancet, 1871). — HILL, *True diaphragmatic hernia with stricture of the œsophagus* (Trans. path. Soc., 1871). — TARCHETTI, *Caso di disfagia paralitica felicemente superata* (Ann. univ. di med., 1871).

BETZ, *Ein Beitrag zu den œsophagealen Geräuschen* (Memorabilien, 1872). — GALLARD, in *Leçons de clin. méd.* Paris, 1872. — HILTON FAGGE, *A case of simple stenosis of the œsophagus followed by epithelioma* (Guy's Hosp. Reports, 1872). — FRITSCHÉ, *Ueber den Krebs der Speiseröhre*. Berlin, 1872. — THOROWGOOD, *Cancerous stricture of the œsophagus* (Trans. of the path. Soc., 1872). — COATS, *Large polypoid myoma of the œsophagus* (Glasgow med. Journ., 1872). — FREUDENHAMMER, *Carcinoma œsophagi*. Berlin, 1873. — RICHARDSON, *Clinical Study of stricture of the œsophagus* (Brit. med. Journ., 1873). — BOUCHARD, *De la dilatation graduelle dans les rétrécissements fibreux de l'œsophage* (Gaz. hôp., 1873). — WEICHELBAUM, *Stricture œsophagi; Œsophagotomie; Tod.* (Wien. med. Wochen., 1873). — MACKENZIE, *On various forms of disease of the œsophagus* (New-York med. Record, 1874). — GÖSEBRUCH, *Ueber Carcinom des Œsophagus*. Berlin, 1874. — THORNTON, *Two cases of cancer of the œsophagus* (Trans. of the path. Soc., 1874).

JACCOUD. — Path. int., 6<sup>e</sup> édit.

II. — 8

— Les autres tumeurs sont tout à fait rares : ce sont des *productions tuberculeuses* (Chvostek, Paulicki) et des *fibroïdes* ordinairement pédiculés (Rokitansky).

Les **COMPRESSIONS** de l'œsophage sont produites par toutes les tumeurs cervicales intra-thoraciques et sous-diaphragmatiques qui, dans leur développement, atteignent les parois du canal ; en raison de leur fréquence relative, les *cancers* du médiastin, les néoplasmes des *ganglions bronchiques*, les *anévrismes* de l'aorte, de la carotide et de la sous-clavière, sont les plus importantes de ces tumeurs au point de vue clinique. Je signalerai cependant pour mémoire l'*anomalie de la sous-clavière* ; quand cette artère passe entre la trachée et l'œsophage, ou bien entre celui-ci et la colonne vertébrale, elle comprime le conduit et donne lieu à une dysphagie connue sous le nom de *dysphagia lusoria*. D'après Hyrtl, cette anomalie ne produit la compression œsophagienne que dans les cas où le vaisseau est anévrysmatique.

Le **siège** du rétrécissement est dans l'un des points qui sont normalement plus étroits, c'est-à-dire dans la région du cardia et à la jonction de la portion dorsale avec la cervicale ; le **nombre** est bien rarement multiple ; le **degré** varie depuis une légère diminution de calibre jusqu'à l'obturation.

— Les parties situées au-dessus du point rétréci ne sont pas modifiées si la sténose est peu marquée ; mais, dans le cas contraire, elles subissent une dilatation tantôt uniforme, tantôt unilatérale ; il se forme alors un diverticulum qui peut retomber en forme de poche le long de l'œsophage, et le comprimer de manière à simuler un second rétrécissement. Les tuniques, dans les parties dilatées, sont épaissies, la muqueuse est rouge, tuméfiée, parfois ulcérée, et les éléments musculaires présentent une hypertrophie qui résulte de la suractivité fonctionnelle. La portion qui est au-dessous de la sténose est rétrécie, comme atrophiée, mais elle est quelquefois le siège d'ulcérations qui ont été regardées comme une conséquence des efforts de vomissement (Cooper).

Le rétrécissement cancéreux, celui qui est produit par un corps étranger, sont souvent envahis par un travail ulcératif qui peut détruire sur un point la totalité des parois ; ainsi s'établissent des communications anormales avec la trachée, l'aorte, la plèvre, avec un abcès ou une caverne du poumon, avec le tissu cellulaire du cou et des médiastins, etc.

#### SYMPTOMES ET MARCHE.

Le rétrécissement, quelle qu'en soit la cause, naît et progresse lentement, de sorte que les symptômes, d'abord nuls, puis médiocres, restent longtemps hors de proportion avec la redoutable gravité du mal. La **DYS-PHAGIE**, qui est en tout cas le premier phénomène, ne se manifeste qu'au

commencement du repas, alors qu'il n'y a pas eu d'ingestion depuis plusieurs heures, ou bien au contraire à la fin, à l'occasion de la dernière bouchée ; elle descend avec peine, et l'individu constate avec surprise que pour parfaire cette déglutition ultime, il est obligé de boire quelques gorgées de liquide. Bientôt il s'aperçoit que, malgré les soins qu'il apporte dans la mastication, la descente œsophagienne est de plus en plus lente et difficile ; puis un beau jour, malgré des efforts réitérés, le bol alimentaire est arrêté dans son parcours, et il est rendu par *régurgitation*. En général, il n'y a pas de *douleur* spontanée, ce n'est qu'au moment où l'aliment arrive sur l'obstacle que le malade éprouve une douleur qu'il rapporte au cou, le long du dos, ou derrière le sternum. Il n'y a pas toujours de rapport exact entre le siège de la sténose et le point où le patient accuse sa souffrance ; on a vu des malades qui, avec un rétrécissement voisin du cardia, localisaient néanmoins la douleur derrière la poignée du sternum. Tant que le rétrécissement n'est pas extrême, les liquides passent, à condition qu'ils ne soient ingérés que par petites gorgées successives, et souvent ils produisent, au moment où ils franchissent l'obstacle, un bruit particulier de gargouillement dont le siège est nettement apprécié par l'auscultation de la partie latérale gauche de la colonne vertébrale.

La régurgitation qui ramène dans la bouche le contenu de l'œsophage n'implique point le renversement des contractions du conduit, lesquelles sont toujours dirigées de haut en bas ; mais le bol alimentaire, arrêté par un obstacle infranchissable et pressé par d'énergiques contractions, remonte du côté où le passage est libre, et il finit ainsi par être ramené dans le pharynx ; le sens de la contraction reste physiologique, mais le trajet du corps qu'elle mobilise est renversé, parce que la voie descendante est obturée. Souvent les muscles abdominaux ne prennent aucune part à cet acte ; dans d'autres cas ils entrent en contraction par excitation réflexe, et le mode du rejet simule le *vomissement*, mais ces contractions abdominales sont sans effet réel sur l'ascension des matières œsophagiennes. L'intervalle qui s'écoule entre l'ingestion et la régurgitation varie selon le siège du rétrécissement : s'il est très-haut, les aliments sont rejetés presque aussitôt ; mais s'il est voisin du cardia, et si la partie supérieure du conduit est dilatée, les matières s'accumulent dans cette poche, elles ne sont rejetées qu'au bout de plusieurs heures, sous forme de masse entourée d'une couche épaisse de mucosités, et sans avoir d'ailleurs subi de modification notable. La réplétion de cette poche détermine une sensation pénible de compression dans la poitrine ; les malades sont en proie à une angoisse qui va quelquefois jusqu'à la suffocation, et ils s'épuisent en efforts de déglutition pour ramener au dehors les matières, dont l'accumulation entrave l'action des poumons et du cœur.

Quand l'œsophage est vide, la situation des malades est relativement bonne ; la plupart n'éprouvent aucune douleur, tout au plus ont-ils un sen-

timent de constriction pénible. Mais, dans certains cas, notamment dans le rétrécissement cancéreux, il se fait au niveau des parties altérées une abondante sécrétion de mucosités qui sont incessamment rejetées au prix de grands efforts, de sorte que le patient n'a pour ainsi dire pas un moment de tranquillité. L'absence d'évacuations alvines, l'amaigrissement, sont des symptômes communs à tous les rétrécissements; mais dans le cas de cancer, l'émaciation est plus rapide, et elle coïncide avec la teinte jaune-paille propre à la diathèse.

La maladie a une marche toujours lente, et le plus ordinairement la mort résulte de l'inanition. Quelquefois cependant elle est amenée plus rapidement par le fait de l'une des communications anormales dont il a été question (1) : quand l'ouverture a lieu dans les voies aériennes, le malade est proprement suffoqué par la pénétration des liquides ou des solides ingérés dans les canaux trachéo-bronchiques; dans le poumon et le tissu cellulaire, l'ouverture donne lieu à un abcès gangréneux rapidement mortel; du côté de la plèvre, c'est un hydropneumothorax suraigu qui met fin aux souffrances du patient; enfin la communication avec l'aorte est suivie

(1) GRAMMATZKI, OPPOLZER, VIGLA, *loc. cit.*

GRISOLLE, *Communication avec le poumon* (Bullet. Soc. anat., 1833). — MASSON, *Cancer de l'œsophage; communication avec l'aorte* (Gaz. hebdom., 1854). — GORDON, *Ulceration of the œsophagus; fistulous communication with left lung. Pneumothorax and acute Pleuritis* (the Dublin Hosp. Gaz., 1855). — HUMPHRY MURRAY, *On perforation of the lower part of the œsophagus* (Association med. Journ., 1855). — MATTHEW COMBE, *Case of ulcer of œsophagus perforating the aorta* (Edinburgh med. Journal, 1857). — PART, *Ulceration of the œsophagus communicating with the right bronchus* (The Lancet, 1857). — GERHARDT, *Broncho-œsophageale Fistel* (Würzb. med. Journ., 1862). — OBERNIER, *Ein Fall von Communication zwischen Œsophagus und linken Bronchus* (Berlin. klin. Wochenschr., 1866). — DOLBEAU, *Rétrécissement cancéreux; fistule trachéale* (Gaz. hôp., 1866). — PARTRIDGE, *Malignant stricture of the œsophagus with ulceration and perforation communicating with the trachea* (Med. Times and Gaz., 1866). — RENARD, *Perforation de l'œsophage* (Rec. de Mém. de méd. milit., 1867). — BRADLEY, *Case of hæmatemesis from ulceration of œsophagus and perforation of aorta* (Med. Times and Gaz., 1868). — SCHNEIDER, *Broncho-œsophageale Fistel* (Berlin. klin. Wochens., 1868). — CHALYBEUS, *Fall von Œsophaguskrebs nach einer Lungencaverne perforirend* (Deutsche Klinik, 1868).

WERNER, *Markschwamm des Œsophagus mit Perforation in die Trachea* (Zeits. f. Wundärzte und Geburtshelfer, 1869). — MURCHISON, *Cancer of the œsophagus with fistulous opening into the trachea* (Trans. path. Soc., 1869). — MACKENZIE, *Ulcer of the Œsophagus perforating the trachea* (Eodem loco, 1869). — REINEKE, *Fall einer mit einem Œsophagus-canceroid communicirenden Lungencaverne, die als Divertikel functionirte* (Virchow's Archiv, LI; 1870). — SAUSSIER et CARTERON, *Obs. de fistule œsophago-trachéale* (Bullet. Acad. méd., 1871). — GREENHOW, *Cancer of the œsophagus with a fistulous opening into the trachea* (Trans. path. Soc., 1871).

PREDESCU, *Von den fremden Körpern in der Speiseröhre*. Berlin, 1873.

d'une mort foudroyante. — Le rétrécissement de l'œsophage ne se termine pas nécessairement par la mort; celui qui est d'origine inflammatoire ou cicatricielle peut guérir, et guérit souvent, ou tout au moins il devient compatible avec la vie, à la seule condition que le cathétérisme soit renouvelé de temps en temps; mais le rétrécissement cancéreux est incurable, et c'est là malheureusement l'espèce la plus fréquente.

## DIAGNOSTIC.

Une dysphagie persistante, dont le siège est au-dessous du pharynx, la régurgitation sans vomissement proprement dit des matières ingérées, dénotent à coup sûr l'existence d'un obstacle dans le parcours œsophagien; la considération des symptômes autres que la dysphagie, l'examen du cou et de la poitrine, indiquent si cet obstacle est dû à la compression du conduit par une tumeur de voisinage ou à une altération intrinsèque de ses parois; la sonde peut aussi concourir à la solution de cette première question, car si, dans son trajet, elle éprouve une déviation notable, c'est une présomption importante en faveur de la compression. De même encore l'auscultation, au moment de la déglutition des liquides, peut être utile; si le maximum du bruit de gargouillement occupe un point qui ne répond pas à la situation normale du canal, c'est que celui-ci est déplacé par une tumeur qui le comprime.

Le siège et le degré de la coarctation sont révélés par le cathétérisme, mais l'origine et la nature de l'obstacle, notions indispensables pour le pronostic, ne peuvent être appréciés que par les commémoratifs. Si le malade a présenté à un moment quelconque les symptômes d'une œsophagite aiguë; si l'on apprend qu'il a avalé volontairement ou par mégarde un corps étranger ou quelque liquide caustique, on peut à bon droit rapporter la sténose à une induration inflammatoire ou à une cicatrice, et le pronostic en devient plus favorable en même temps que le traitement peut être conduit avec plus d'assurance. Si au contraire les anamnestiques sont absolument négatifs, si en outre il n'y a pas de soupçon possible à l'endroit de la syphilis, la nature cancéreuse du rétrécissement est presque certaine, vu la rareté extrême des autres néoplasmes œsophagiens.

## TRAITEMENT.

Les mercuriaux, l'iodure de potassium, les exutoires peuvent être utiles contre les rétrécissements inflammatoires et syphilitiques, mais même alors on ne doit pas négliger de recourir au cathétérisme; la dilatation progressive et la cautérisation sont en définitive la base du traitement, et

dans les sténoses inodulaires on obtient souvent ainsi des résultats inespérés. Les règles de ces opérations sont exposées dans les traités de chirurgie; je n'ai pas à m'y arrêter.

## CHAPITRE III.

## ŒSOPHAGISME. — SPASME DE L'ŒSOPHAGE.

## GENÈSE ET ÉTIOLOGIE.

La contraction spasmodique de l'œsophage (1) est observée comme **symptôme** dans un assez grand nombre de maladies; les INFLAMMATIONS surtout ulcéreuses de l'œsophage lui-même, du larynx, de l'épiglotte, l'HYSTÉRIE, l'ÉPILEPSIE, le TÉTANOS, la RAGE, les altérations de la MOELLE

(1) Synonymie: *Angina convulsiva* (Van Swieten), *Dysphagia spasmodica* (F. Hoffmann), *Spasme de l'œsophage* (J. Frank), *rétrécissement*, *constriction*, *resserrement*, *sténose spasmodique de l'œsophage* (Hamburger), *œsophago-spasmus*, *œsophagisme* (Vogel, Mondière).

F. HOFFMANN, *De morbis œsophagi spasmodicis*, in *Op. omnia*, t. III. — *Diss. de spasmo gulæ inferioris et de nausea*. Halæ, 1733. — VATER, *De deglutitionis difficilis causis abditis*. Vitemberg, 1750. — VAN SWIËTEN, *Comment.*, t. II. Paris, 1771. — COURANT, *De nonnullis morbis convulsivis œsophagi*. Montpellier, 1778. — BLEULAND, *De sana et morbosa œsophagi structura*. Lugd. Bat., 1785. — MONRO, *Diss. de dysphagia*. Edinb., 1797. — E. HOME, *Practical obs. on the treatment of strictures in the urethra and œsophagus*. London, 1803. — PFLEIDERER, *De dysphagia lusoria*. Tübingen, 1806. — ETIENNE, *Considérations générales sur les causes qui gênent ou empêchent la déglutition*. Paris, 1806. — JOURDAN, Art. DYSPHAGIE, in *Dict. des sc. méd.*, X; Paris, 1814. — WICHMANN, *Ideen zur Diagnostik*. Th. III. — WINKE, *Diss. exhibens nonnullos casus dysphagiæ*. Groningæ, 1818. — KUNZE, *De dysphagia commentatio pathologica*. Lipsiæ, 1820. — DAMILANO DI SANFRÉ, *Repertorio med. chir. di Torino*, 1824. — OMBANI, *Storia di accesso letargico ad ogni deglutizione di qualunque sostanza, guarita col metodo endermico* (*Ann. univ. di med.*, 1829). — ABERCROMBIE, *Untersuchungen über die Krankheiten des Magens*, etc. (trad. allemande). Bremen, 1830. — NAUMANN, *Handb. der med. Klinik*; IV. Berlin, 1834. — J. FRANK, *Præceps univ. præcepta*.

MONDIÈRE, *Recherches sur l'œsophagisme* (*Arch. gén. de méd.*, 1833). — TROUSSEAU, *Gaz. hôp.*, 1848. — COPLAND, *Diction. of practical med.*, t. II. — VELPEAU, *Dict. en 30 vol.*, t. XXI. — OPPOLZER, *Wiener med. Wochens.*, 1851. — FOLLIN, *Des rétrécissements de l'œsophage*, thèse de concours. Paris, 1853. — WUNDERLICH, *Handb. der Pathologie und Therapie*. Stuttgart, 1856. — ROMBERG, *Lehrbuch der Nervenkrankheiten*. Berlin, 1857. — GENDRON, *Obs. pratiques sur la dysphagie, ses variétés et son traitement*.

et des VERTÈBRES CERVICALES, les lésions de l'ENCÉPHALE enfin, sont les causes les plus puissantes et les plus ordinaires de ce spasme œsophagien symptomatique qui n'est autre chose qu'un phénomène réflexe. — En outre il peut se montrer en tant que **spasme idiopathique**, et constitue alors l'œsophagisme proprement dit; c'est uniquement de cette dernière forme qu'il est ici question.

Les causes du spasme idiopathique sont peu connues; il se montre plus fréquemment chez la femme que chez l'homme, et n'est guère observé que dans l'âge moyen, quoique Everard Home et Stevenson aient cité des cas où il s'était manifesté dès les premières années de la vie. — Le tempérament nerveux, la grossesse, la ménopause, la disposition arthritique et herpétique (Romberg) ont été tour à tour invoqués comme autant de CAUSES PRÉDISPOSANTES.

L'imagination paraît exercer une influence positive: la crainte d'être atteint d'hydrophobie, et même chez certains individus la seule impression de la morsure d'un animal non enragé, peut faire naître la constriction spasmodique de l'œsophage. C'est à cette influence de l'imagination, jointe à une susceptibilité nerveuse particulière qu'il faut rapporter sans doute certains cas d'œsophagisme qui ont été considérés, à tort, comme des cas de rage. Tel est, par exemple, le fait signalé par Serres; telle est aussi l'observation de cet individu dont parle Velpeau qui, rentrant en France, après une absence de vingt ans, et apprenant que son frère avait succombé aux suites de la morsure d'un chien, par lequel il avait été également mordu, fut aussitôt pris des symptômes de la rage, et succomba.

Les CAUSES PATHOLOGIQUES sont nombreuses, disparates et pour la plupart contestables; la suppression d'une épistaxis habituelle est mentionnée dans le cas de J. P. Frank, et la disparition de l'œsophagisme à la suite

(*Arch. de méd.*, 1858). — GÖRKE, *De morbis œsophagi*. Vratislaviæ, 1860. — FROELICH, *De œsophagi morbis nonnulla*. Berolini, 1861. — AXENFELD, *Névroses* in *Path. de Requin*, t. IV. Paris, 1863. — OGLE, *Med. Times and Gaz.*, 1864. — ELVIN SCHMIDT, *De deglutitionis impedimentis*. Berolini, 1865. — HYDE SALTER, *On œsophageal dysphagia* (*Brit. med. Journal*, 1865). — POMER, *On a case of spasmodic stricture of the œsophagus, terminating fatally* (*The Lancet*, 1866). — LE GROS CLARK, *Brit. med. Journ.*, 1869. — HAMBURGER, *Klinik der Œsophagus-Krankheiten* (*Oester. med. Jahrb.*, 1869). — BROCA, *Rétrécissement spasmodique de l'œsophage. Guérison par la dilatation forcée* (*Gaz. hôp.*, 1869). — VIGLA, *Eodem loco*, 1869. — HANDFIELD JONES, *Studies on functional nervous disorders*. London, 1870.

SQUAREY, *Stricture of the œsophagus* in *Reynold's System of med.* London, 1871. — EATON, *Case of spasmodic stricture of the œsophagus* (*The Lancet*, 1872). — SENEY, *Œsophagisme chronique* (*Thèse de Paris et Arch. gén. de méd.*, 1873). — SMITH CURTIS, *A case of spasmodic stricture of the œsophagus* (*Philad. med. and surg. Rep.*, 1874). — FOOT, *Cases of œsophagismus* (*Dublin Journ. of med. Sc.*, 1874).