

L'inspection de la gorge permet le plus souvent d'apercevoir la saillie que forme l'abcès au fond du pharynx : le doigt introduit dans la bouche perçoit la fluctuation ou du moins sent une tumeur lisse et tendue, de la grosseur d'une noix à celle d'un œuf de poule, très douloureuse à la pression.

Abandonnés à eux-mêmes, les abcès rétro-pharyngiens emportent généralement le malade avant de se frayer une voie au dehors; la mort arrive par asphyxie ou inanition, suffocation, fusées purulentes dans le médiastin et les plèvres, etc. Lorsque les abcès s'ouvrent spontanément ou par l'intervention du praticien, l'évacuation du pus amène un soulagement immédiat et la guérison survient rapidement. L'abcès est cependant susceptible de se reproduire si l'ouverture est insuffisante. L'irruption du pus dans les voies aériennes et l'œdème de la glotte par infiltration des replis ary-épiglottiques entraînent quelquefois très rapidement la mort.

C'est surtout avec le croup que l'on peut confondre l'abcès rétro-pharyngien, dont les caractères distinctifs sont la *dysphagie*, le *timbre de la voix* assez nettement conservé, la *tuméfaction du cou*, la *projection en avant du cartilage thyroïde*. La difficulté est plus grande si la diphthérie existe en même temps. Lorsque l'abcès est symptomatique d'une lésion des vertèbres, le cou est généralement déformé et la pression sur les apophyses épineuses est douloureuse.

Le pronostic est grave; la statistique de Gautier prouve la nécessité de l'intervention chirurgicale. D'après ses recherches, la mort survint dans 25 cas non diagnostiqués; dans 66 cas reconnus, la mort survint 8 fois sans qu'on fût intervenu, 3 fois après des incisions tardives ou mal faites, et 4 fois dans des formes gangréneuses; dans les autres cas la guérison eut lieu.

Le traitement médical par la saignée, le calomel, les vomitifs, la glace pilée, les gargarismes, etc., a toujours échoué. L'indication formelle est de *donner issue* au pus. Pour cela on incisera la tumeur soit avec le bistouri, soit avec des ciseaux spécialement destinés à cet usage.

MONDIÈRE. L'Expérience, 1842. — RILLIET et BARTHEZ. Loc. cit. — GILLETTE. Des abcès rétro-pharyngiens idiopathiques. Th. de Paris, 1868. — GAUTIER. Même sujet. Genève, 1869. — D'ESPINE et PICOT. Maladies de l'enfance, 1880.

MALADIES DE L'OESOPHAGE

OESOPHAGITE.

C'est à Mondière (1829) que l'on doit les premiers et les plus importants travaux sur l'*œsophagite*.

ÉTIOLOGIE. — L'inflammation de l'œsophage est *primitive* ou *secondaire*. *Primitive*, elle reconnaît comme causes : l'ingestion des aliments trop chauds ou trop froids, de substances irritantes ou corrosives (acides, alcalis, tartre stibié, etc.), la présence ou seulement le passage de certains corps étrangers (épingles, arêtes de poisson, fragments d'os); l'influence fâcheuse du cathétérisme, admise par certains auteurs, n'est rien moins que démontrée. De Ranse a cité aussi le fait curieux d'une *piqûre de guêpe* dans l'œsophage.

L'œsophagite *secondaire*, pour être un peu plus fréquente, n'est point commune; elle peut succéder à l'extension d'une inflammation pharyngo-buccale (muguet, diphthérie) ou stomacale (gastrite aiguë). On l'observe aussi dans les maladies éruptives et infectieuses (rougeole, scarlatine, variole, septicémie, typhus, etc.), dans la syphilis, peut-être aussi dans le rhumatisme et l'alcoolisme. Les points sténosés sont souvent le siège d'inflammations circonscrites. Les maladies du cœur provoquent aussi la forme secondaire, soit par embolie (Parenski), soit par stase veineuse.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE. — Les lésions de l'œsophagite disparaissent parfois après la mort lorsqu'elles sont peu intenses; d'ailleurs, elles varient avec la cause qui les a provoquées.

Leur siège, pourtant, est toujours à peu près le même : rares à la partie moyenne, c'est vers les parties supérieures et inférieures, au niveau des orifices, enfin, qu'elles prédominent.

Dans nombre de cas, la muqueuse est hyperhémisée, épaissie, friable par suite de l'imbibition et de l'exfoliation de l'épithélium, couverte de mucosités plus ou moins purulentes : c'est la forme *cattarrhale*. Mais la congestion peut atteindre les parois même de l'organe et en amener la suppuration : c'est la forme *phlegmoneuse*. Les substances caustiques produisent l'ulcération et même le sphacèle de la muqueuse; la gangrène peut également survenir spontanément lorsque l'inflammation est considérable ou dans les cas d'embolie (Rokitansky) : cette forme très grave peut être le point

de départ d'une perforation de l'œsophage, ou bien elle amène un rétrécissement après la chute de l'eschare.

On a noté quelques faits rares de diphthérie primitive de la muqueuse œsophagienne (Wagner). On sait enfin, depuis les belles recherches de Parrot, que le muguet, chez les enfants, se développe fréquemment le long de l'œsophage.

Les manifestations œsophagiennes des *exanthèmes fébriles* sont toujours peu accusées. L'angine secondaire de la *scarlatine* peut se propager à l'œsophage en gardant son caractère pseudo-membraneux. L'œsophagite du *tartre stibié* est caractérisée par des pustules isolées ou confluentes (Rokitansky, Laboulbène). La *syphilis* atteint l'œsophage seulement à la période tertiaire (West).

DESCRIPTION. — L'œsophagite est souvent méconnue, soit parce que les symptômes ne sont pas suffisamment nets, soit parce qu'ils ont été masqués par la maladie primitive. Le caractère essentiel est une *dysphagie douloureuse* (Luton) due bien plutôt à la contraction réflexe des muscles lisses qu'au rétrécissement du canal. Il s'y joint une douleur d'intensité variable ayant son siège entre les épaules ou au niveau de la fourchette sternale. Le malade rejette en crachant (1) ou en vomissant des mucosités purulentes, du mucus, parfois aussi un peu de sang s'il y a une ulcération ou une portion nécrosée; on observe une véritable *vomique* lorsqu'un abcès vient à s'ouvrir dans l'œsophage. Si l'on pratique le cathétérisme de l'œsophage, il arrive souvent que le malade indique nettement le point où l'inflammation s'est spécialement cantonnée. Les phénomènes généraux sont parfois assez intenses. Dans tous les cas, la notion étiologique est de la plus haute importance pour le diagnostic.

La marche de la maladie est *suraiguë* dans le cas d'inflammation due au contact d'agents caustiques; *aiguë* dans la plupart des cas; elle peut aussi affecter la forme *chronique*, s'il y a une ulcération avec tendance au rétrécissement ou si le catarrhe dépend d'une stase veineuse.

La *résolution* est la règle et survient au bout d'un temps très variable, en rapport avec les variétés de l'inflammation. Si la *suppuration* doit avoir lieu, l'œsophagite s'accompagne rapidement

(1) La *régurgitation œsophagienne*, sur laquelle Wichmann a particulièrement attiré l'attention, se distingue du vomissement vrai en ce qu'elle n'est accompagnée d'aucune contraction des muscles abdominaux; elle résulte purement et simplement d'un mouvement antipéristaltique de l'œsophage qui entraîne le rejet de son contenu.

de symptômes généraux parfois très graves; la rupture de l'abcès et son évacuation par la bouche ou par l'estomac amènent un soulagement immédiat.

L'irruption du pus dans les voies respiratoires est possible mais rare, l'ouverture de l'abcès se faisant généralement à la face postérieure. La mort peut survenir par *infiltration laryngée* ou par *rupture de l'œsophage*.

Dans le pronostic il faut tenir compte de la possibilité de *rétrécissements consécutifs* à l'hypertrophie des tuniques ou à la formation de brides cicatricielles.

TRAITEMENT. — On prescrira des boissons glacées ou l'on fera sucer au malade de petits fragments de glace. L'abstinence sera complète dans les cas *suraigus*; on tolérera seulement l'emploi du lait et des boissons mucilagineuses; dans les autres on permettra seulement l'usage des bouillies, des potages froids, du jus de viande; mais si la dysphagie est absolue, on aura recours à l'alimentation par la sonde œsophagienne. Dans les cas chroniques on emploiera l'iode de potassium à hautes doses, les balsamiques, les sulfureux.

MONDIÈRE. Rech. sur l'inflammation de l'œsophage, th. de Paris, 1829. — VIGLA. Arch. de méd., 1846. — PARENSKI. Des abcès de l'œsoph. survenant à la suite d'embolie (Rev. des sc. méd., 1874). — DE RANSE. — Piqure d'une guêpe dans l'œsophage, suivie d'une éruption d'urticaire. (Gaz. méd. de Paris, 1875). — LUTON. Art. Œsophage in Nouv. dict. de méd. et de chirurgie, 1877. — LABOULBÈNE. Anatomie pathologique. Paris, 1879.

RÉTRÉCISSEMENTS DE L'ŒSOPHAGE.

Les rétrécissements de l'œsophage peuvent tenir à la présence de *corps étrangers*, à la *compression exercée par des tumeurs voisines* (anévrismes, tumeurs du médiastin, abcès prévertébraux, adénopathie bronchique, hydropisie du péricarde, kystes dermoïdes, etc.); le plus souvent ils sont dus à des *lésions de parois*; c'est de cette dernière forme de rétrécissement que nous nous occuperons spécialement.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE. — L'altération des parois comprend, outre les hypertrophies produites par l'inflammation, deux catégories de lésions: 1° les rétrécissements *cicatriciels* dus soit aux ulcérations déterminées par le passage de corps étrangers ou par rupture d'abcès sous-muqueux ou de pustules varioliques (Lanzoni), soit sur-

tout à l'œsophagite produite par les caustiques (acides sulfurique, nitrique, chlorhydrique, alcalis, etc.), y compris les cautérisations au nitrate d'argent dans le cas de diphthérie ou de muguet persistant du pharynx (Gendrin, Trouseau) ; 2° les rétrécissements *néoplasiques* et surtout *cancéreux* (squirrhe, encéphaloïde, épithéliome). Cette dernière modalité du cancer est de beaucoup la plus fréquente, et a de la tendance à se reproduire héréditairement. Le néoplasme peut être complètement annulaire, polypiforme ou simplement en plaques (fait de Potain).

West a établi la réalité du rétrécissement *sypilitique* tertiaire, admis aujourd'hui par Lancereaux, Fournier, etc.

Le rétrécissement n'a pas de siège précis : cependant on le trouve de préférence au niveau des points normalement rétrécis, suivant la loi d'Andral, en arrière du pharynx ou au-dessus du cardia. Il est parfois unique, d'autres fois double ou multiple (Basham). Le degré de coarctation est variable. Au-dessus du rétrécissement, le calibre de l'œsophage est augmenté, surtout dans les rétrécissements néoplasiques (Béhier). La dilatation peut atteindre de grandes dimensions et donner lieu à des poches, soit latérales, dans lesquelles les aliments subissent une espèce de fermentation. Béhier a vu ces dilatations venir faire saillie des deux côtés du cou ; à leur niveau la muqueuse est notablement modifiée, elle est le siège d'un catarrhe intense et d'ulcérations parfois étendues ; la couche musculaire est fortement hypertrophiée. Au-dessous du rétrécissement, le diamètre du canal est diminué. Les ganglions lymphatiques avoisinant l'œsophage sont en général augmentés de volume si le rétrécissement est cancéreux.

Le rétrécissement, surtout lorsqu'il est d'origine néoplasique, a parfois de la tendance à se ramollir et à s'ulcérer en détruisant les parois de l'œsophage. C'est là le point de départ de communications avec la trachée, les bronches, surtout la droite (Vigla, 14 fois sur 18), la plèvre, le médiastin postérieur, le corps thyroïde en voie de suppuration, l'aorte, l'artère pulmonaire, une caverne du poumon, etc. Ces communications diverses s'établissent soit directement, soit par l'intermédiaire d'un abcès interposé.

DESCRIPTION. — Quelle que soit sa nature, le rétrécissement de l'œsophage donne toujours lieu aux mêmes symptômes. Le début est souvent insidieux, la progression du mal étant lente. La gêne dans la déglutition est le premier symptôme observé par le malade : il sent le bol alimentaire arrêté dans l'œsophage, et il est

obligé de se livrer à des efforts répétés, souvent même d'avaler un peu de liquide, pour lui faire franchir l'obstacle. Ce passage provoque une douleur plus ou moins vive le long du cou, derrière le sternum ou entre les deux épaules. Bientôt le malade est obligé de mâcher pendant longtemps ses aliments, de bien les imprégner de salive pour en faire une pâte demi-liquide ; plus tard encore, la déglutition des liquides, par petites gorgées, est seule possible.

Le passage au niveau du point sténosé se fait avec un gargouillement spécial que M. Laborde a signalé depuis longtemps. L'auscultation de l'œsophage a été l'objet de minutieuses recherches de la part de Hamburger ; d'après cet auteur, le premier degré du rétrécissement peut être diagnostiqué par ce moyen, alors que le cathétérisme ne donne encore aucune indication ; en général, cependant, c'est au cathétérisme qu'il faut avoir recours pour préciser le siège et le degré du rétrécissement.

Lorsque la sténose est arrivée à un degré avancé, et que l'œsophage s'est dilaté au-dessus du rétrécissement, les aliments, en s'accumulant dans la poche ainsi formée, déterminent chez le malade une gêne et une oppression qui ne disparaissent qu'après la *régurgitation* des aliments enveloppés dans une couche de mucosités grisâtres, filantes, parfois sanguinolentes. Cette régurgitation se fait à intervalles assez variables après les repas, sans secousse et sans effort, par simple expuition (*vomissement œsophagien*). Généralement ce vomissement soulage le malade, si ce n'est dans le cancer, où les mucosités se reproduisent incessamment et ne sont expulsées qu'au prix d'efforts très pénibles.

Le *hoquet* a été fréquemment signalé (Bayle et Cayol, Mondière) dans les rétrécissements cicatriciels ; il est rare dans le cancer, le néoplasme détruisant les filets du pneumogastrique et empêchant ainsi toute action réflexe sur le diaphragme.

La compression d'un des récurrents peut amener une aphonie complète (Barrett, Taylor, R. Lépine).

La marche est chronique et la guérison possible dans les rétrécissements cicatriciels. Si la mort survient, c'est par le fait de l'inanition à laquelle s'ajoute la cachexie générale chez les cancéreux. Chez ceux-ci, d'après Lebert, la durée maxima de la maladie serait de treize mois. Différentes complications peuvent hâter le dénouement : tels sont les hémorragies foudroyantes (Vigla, Renault), la suffocation par irruption du contenu des poches dans les voies respiratoires, la gangrène du poumon (Grisolle), la pleurésie

suraigné avec pyopneumothorax, les abcès gangréneux du cou et du médiastin, etc.

Un bon nombre de malades atteints de rétrécissement de l'œsophage succombent, comme l'a fait remarquer Verneuil, à la tuberculose pulmonaire.

DIAGNOSTIC. — Grâce au cathétérisme œsophagien, le diagnostic n'offre pas, d'ordinaire, de bien grandes difficultés; mais il est souvent moins aisé de déterminer la nature du rétrécissement. L'absence de cause connue, telle que l'ingestion de caustiques à une époque antérieure, l'âge avancé du malade, l'hérédité, le dépérissement rapide, la teinte jaune paille, l'engorgement ganglionnaire, l'œdème périmalloleaire, seront de fortes présomptions en faveur du cancer. La déviation de la sonde avec déplacement du bruit de glouglou feront penser à un rétrécissement par compression de nature extrinsèque. La soudaineté des accidents, leur intermittence, la possibilité du cathétérisme avec les plus grosses olives, différencient nettement le *spasme œsophagien* des rétrécissements organiques. Cette règle pourtant ne doit pas être considérée comme absolue : car il y a des rétrécissements spasmodiques infranchissables (fait de Raynaud et Dave).

Quant au siège il sera déterminé par la longueur de sonde qui aura pu pénétrer avant de rencontrer l'obstacle. On se rappellera, toutefois, qu'avant d'arriver au siège précis du rétrécissement on est presque toujours arrêté une première fois par une coarctation spasmodique du conduit, qu'il ne faut pas confondre avec le vrai rétrécissement.

Le plus souvent on aura recours au traitement *chirurgical* : dilatations méthodiques, incision du rétrécissement, etc. Comme dernière ressource dans le rétrécissement cicatriciel, on pourra pratiquer la *gastrotomie* qui a donné, il y a peu de temps, un succès à M. Verneuil (1876). Lorsqu'il y aura lieu de soupçonner la nature syphilitique du rétrécissement, on prescrira le traitement spécifique.

MONDIÈRE. Th. de Paris, 1829; Notes sur quelques maladies de l'œsophage (Arch. de méd., 1830-1831-1832). — GRISOLLE. Cancer de l'œsophage (Soc. anat., 1832). — VIGLA. Rech. sur les communic. accident. de l'œsophage (Arch. de méd., 1846). — BARRET. Rétréc. squirrheux de l'œsoph. avec atrophie du nerf récurrent, etc. (The Lancet, 1847, et Arch. de méd., 1848). — BASHAM. Med.-chir. Trans., 1850, et Arch. gén. de méd., 1851. — FOLLIN. Des rétréc. de l'œsoph. Th. de concours, 1853. — LABORDE. Gaz. méd. de Paris, 1859. — WEST. Des rétréc. de l'œsoph. (Dublin quart. Journ. et Arch. gén. de méd., 1860). — LEBERT. Traité d'anat. path., 1861. —

BÉHIER. Clinique médicale, 1864. — LANGEREAUX. Traité de la syphilis. Paris, 1866. — HAMBURGER. Die Auscultation des œsoph., etc. (Esterr. med. Jahrb., et Gaz. — VALLEIX. Guide de méd. prat., 5^e édit., 1866, t. III, revu par Corlieu. hebdom., 1868). — R. LÉPINE. Épithélioma de l'œsophage : paral. de la corde vocale gauche (Soc. anat., 1873). — J. RENAULT. Eod. loc., 1873. — VERNEUIL. Gastrotomie pour un cas de rétréc. de l'œsoph., etc. (Bull. de l'Acad. de méd., 1876). — J. KNOTT. An essay on pathology of Œsoph. Dublin, 1878.

SPASME DE L'ŒSOPHAGE.

Synonymie : *Dysphagia* (Hoffmann). — *Rétrécissement spasmodique de l'œsophage* (Hamburger). — *Œsophagisme* (Mondière). — *Dysphagie spasmodique* (Axenfeld).

Le spasme de l'œsophage peut se rencontrer dans un grand nombre de maladies : l'hystérie, l'hypochondrie, le tétanos, l'hydrophobie imaginaire, la rage; il peut aussi se montrer comme complication des ulcérations ou des rétrécissements de l'œsophage, ou bien être la conséquence de la présence de corps étrangers dans l'œsophage. Dans tous ces cas, le spasme œsophagien est *symptomatique*; lorsqu'il se montre en dehors de ces causes, il est dit *essentiel* ou *idiopathique*.

On a attribué à l'œsophagisme essentiel une foule de causes fort contestables : la dentition, les vers intestinaux, le rhumatisme, la phthisie laryngée, la répercussion d'un exanthème, etc. Le spasme peut se produire à l'occasion d'une émotion vive, de l'impression du froid, du mal de mer, ou même de l'ingestion de liquides froids, de substances toxiques, etc.; la cause prédisposante par excellence est le *nervosisme* avec ses modalités si nombreuses et si variées.

Le début est brusque : une personne en bonne santé, au milieu d'un repas par exemple, éprouve subitement la sensation d'un corps étranger dans l'œsophage. Si le spasme siège à la partie supérieure de l'œsophage, il se produit une sorte de ténésme pharyngo-œsophagien qui rejette violemment les dernières bouchées; si, au contraire, il occupe la partie inférieure, les aliments s'accumulent un instant au-dessus du point rétréci, puis ils sont brusquement projetés dans l'estomac ou expulsés par vomissement œsophagien. Ces phénomènes se présentent du reste avec une grande diversité de formes : chez l'un, les liquides froids passent mieux que les chauds ou inversement; chez l'autre, les solides passent facilement, tandis que les liquides provoquent le spasme, etc.

La douleur, plus ou moins vive, est constante et se fait sentir le long du cou, entre les deux épaules, parfois à la pointe du sternum ou à la région précordiale. Dans quelques cas, le malade éprouve une sensation de *boule* comme dans l'hystérie. A ces symptômes viennent se joindre la contracture des muscles cervicaux sous l'influence des efforts de déglutition et de régurgitation, le hoquet, le spasme de la gorge et l'angoisse respiratoire. A un degré plus avancé encore, la face se congestionne, les veines du cou deviennent turgescents, l'oppression est extrême, et l'on voit survenir la syncope ou même du délire et des convulsions. Parfois aussi la vue seule d'un liquide, pour peu que l'imagination du malade soit frappée, amène l'hydrophobie avec son cortège de symptômes effrayants.

Hamburger a appliqué à l'œsophagisme sa méthode d'investigation par l'auscultation. Comme pour les rétrécissements organiques, on applique le stéthoscope, soit sur la partie latérale du cou à gauche, soit le long de la colonne vertébrale, entre la première et la huitième vertèbre dorsale, pendant que le malade avale un peu d'eau; on entend alors au niveau du point sténosé un glouglou ou un gargouillement plus ou moins intense. Le cathéter sera employé pour déterminer le siège de l'obstacle.

La durée du spasme est fort variable: parfois très fugace, on l'aurait vue se prolonger pendant cinq ans, quinze ans (Seney) et même davantage. Dans ces cas, le spasme est dû à une lésion des muscles eux-mêmes (Romberg): c'est le *rétrécissement spasmodique*, la *stenosis spastica fixa* de Hamburger, par opposition à la *stenosis spastica migrans* ou œsophagisme simple, qui peut disparaître aussi brusquement qu'il s'est déclaré.

L'œsophagisme ne s'accompagne pas en général d'altération anatomique avérée; toutefois, lorsque la coarctation a persisté un certain temps, il peut se faire au-dessus du point rétréci une dilatation assez prononcée; la muqueuse à ce niveau devient le siège d'une inflammation catarrhale qui entraînera à un degré plus avancé des excoriations et même de véritables pertes de substances pouvant mettre à nu la couche musculaire (Raynaud).

Le spasme de l'œsophage sera distingué avec soin de l'œsophagite et des rétrécissements organiques: l'*œsophagite* a pour elle les douleurs fixes, continues, et s'exaspérant à chaque déglutition; quant aux *rétrécissements organiques*, leur diagnostic repose sur un certain nombre de considérations qui ont déjà été exposées plus haut (voy. p. 467).

Rarement l'œsophagisme entraîne un pronostic sévère: quelques cas pourtant ont été suivis de mort, soit par le fait de l'inanition qu'ils ont entraînée (Axenfeld, Raynaud), soit en déterminant les accidents de l'hydrophobie imaginaire.

Le cathétérisme est non seulement le mode d'investigation indispensable, mais aussi la meilleure méthode de traitement; on doit le pratiquer avec la sonde œsophagienne lorsque, la déglutition étant impossible, l'indication qui s'impose est de nourrir le malade. Sinon, on se servira du cathéter à olives: arrivée au niveau du spasme, l'olive est arrêtée par une résistance assez forte qui finit par céder lorsque l'on insiste un peu. Un seul cathétérisme suffit parfois pour guérir le spasme. On peut également se servir du dilateur de Broca.

Les opiacés et les injections hypodermiques de morphine sont des adjuvants puissants du traitement mécanique. Il en est de même de la belladone et de l'atropine, de l'acide cyanhydrique. Roux a obtenu de bons résultats avec le bromure de potassium qu'on prescrira à la dose de 4 à 8 grammes. Jaccoud s'est bien trouvé de l'emploi simultané de la belladone et de l'iodure de potassium. L'électricité, les boissons froides et glacées, ont parfois rendu des services.

MONDIÈRE. Arch. de méd., 1823. — ROMBERG. Lehrbuch des Mervenkrankh., 1857. — BROCA. Trait. du rétréc. spasmod. de l'œsoph. (Soc. de chir., 1869). — SENEY. Œsophagisme chronique. Th. de Paris, 1874. — ROUZ. Th. de Paris, 1873. — M. RAYNAUD. Œsophagisme dans ses rapports avec la dilatation de l'œsophage (Annales mal. de l'oreille, 1877). — JACCOUD. Path. méd., 1877. — MORELL MACKENSIE. Rétrécissements spasmod. de l'œsophage (Med. Times and Gazette, 1856 (voy. p. 453) et The Lancet, 1878). — LUTON. Art. Œsoph., in Nouv. Dict. de méd. pratiq. — CH. ÉLOY. Contrib. à l'étude de l'œsophagisme (Gaz. heb., 1880). — ZENKER et V. ZIEMSEN. Maladies de l'œsophage (Ziemssen's Hand. der spec. Path. Bd VII, 1 Heft). — G. MASSE. Rétrécis. spasmod. de l'œsophage. Th., Paris, 1878. — AXENFELD et HUGHARD. Traité des névroses, 1883.

MALADIES DE L'ESTOMAC.

GASTRITE AIGÜE.

La muqueuse stomacale, par le fait même de son fonctionnement physiologique, est soumise à la fluxion périodique qui accompagne la digestion; cette hyperhémie physiologique passe facilement à l'inflammation sous l'influence de causes parfois légères, comme les variations de température, l'ingestion d'aliments mal préparés