



---

ENTRETIEN DU SYNDROME  
DE PLUMMER-VINSON  
EN CANCÉROLOGIE

PAR  
ANDRÉ GERNEZ

Le syndrome de Plummer-Vinson (1) est relativement peu connu en France et n'y est encore jamais recherché systématiquement. Telle fut d'ailleurs sa position dans de nombreux pays jusqu'en 1939, époque où Kjellberg mit au point une technique radiologique d'investigation qui devait, par la suite, montrer la fréquence étonnante de ce syndrome. Depuis, le nombre des cas rapportés dans la littérature mondiale aug-

---

(1) Nous présentons à MM. les Professeurs Ake Åkerlund, Elias Berven et Roland Kjellberg, l'expression de notre reconnaissance pour leur aimable empressement à nous faire profiter de leur vaste expérience sur ce sujet.

mente rapidement, sous des dénominations extrêmement diverses.

En fait le syndrome de Plummer-Vinson est une forme clinique de l'anémie hypochrome. Il sera désormais de plus en plus souvent reconnu et diagnostiqué, car les radiologistes possèdent actuellement une technique rigoureuse et spéciale qui leur permet de le mettre aisément en évidence. Nous nous sommes assigné, comme objet de cette étude, la description de ce syndrome, en tant que facteur prédisposant au cancer.

### Symptômes cliniques

Les malades sont presque toujours du sexe féminin, l'élément masculin n'intervenant que dans 4 % (Waldenström) à 16 % (Mac Millan) des cas.

L'âge d'élection se situe entre 20 et 50 ans, c'est-à-dire pendant la période d'activité génitale. Wintrobe signale qu'il est très rare que le syndrome apparaisse chez la femme après la ménopause.

Il est caractérisé, avant tout, par une *anémie hypochrome*, le nombre des éléments rouges variant de 2.500.000 à 4.000.000 et le taux d'hémoglobine de 25 à 60 %. Dans 74 % des cas, l'hémoglobine oscille entre 41 et 70 %, le taux le plus fréquent se situant entre 41 et 55 %.

Cette anémie peut se manifester par la pâleur des téguments. Cependant la peau, cirreuse dans les cas sévères, présente souvent une teinte légèrement brunâtre qui masque sa pâleur.

Le second signe majeur est la *dysphagie*. Celle-ci peut être d'une intensité progressive avec de soudaines attaques séparées par de longs intervalles durant lesquels la déglutition s'effectue normalement. L'évolution cyclique de ce symptôme provoque souvent, chez les malades, la croyance que ce phénomène est caractéristique de leur constitution ; d'autant qu'il peut se produire un arrêt dans le processus ou une accommodation. Le patient acquiert donc des habitudes de méticuleuse mastication et de lente déglutition.

Johnstone a attiré l'attention sur le fait que la majorité de ces malades présentent du nervosisme ; c'est pourquoi tant de cas ont pu être rangés sous l'étiquette de *globus hystericus* résistant à toute thérapeutique psychique.

Le troisième symptôme fondamental est constitué par les *lésions des muqueuses*. Chez ces malades apparaissent périodiquement des fissures, de la perlèche, des rhagades au niveau des commissures labiales. En général, ils ont été traités par des préparations de vitamine « B », sur la notion injustifiée que ces lésions étaient des manifestations de carence vitaminique.

On constate assez fréquemment un certain rétrécissement de l'orifice buccal. Les lèvres sont minces et manquent d'élasticité. Ces symptômes, joints à l'édentation et à une modification légère de la consistance et de l'élasticité de la peau du visage donnent au faciès un aspect assez spécial et suggèrent le diagnostic.

L'atrophie des muqueuses est plus nettement décelée à l'examen de la langue qui, dans les cas typiques, est complètement lisse et vernissée. Brown-Kelly trouve la « langue lisse » avec atrophie des papilles dans un tiers des cas. La muqueuse peut montrer une tendance à s'éroder superficiellement ou même à développer une légère leucoplasie.

La muqueuse des joues et du palais membraneux est pâle, parfois cirreuse. Chez ces malades édentés les prothèses dentaires sont mal supportées.

Wintrobe rapporte que des symptômes buccaux existent dans 39 % des cas d'anémie hypochrome.

Les phanères sont le siège de modifications ; les cheveux sont clairsemés et secs et les ongles présentent, dans les cas typiques, de la koïlonychie. Ce symptôme manque dans de nombreux cas, mais le malade déclare souvent que ses ongles sont friables et cassent facilement.

Une vulvite existe parfois. Il semble, en effet, que les muqueuses génitales puissent être atteintes de lésions épithéliales analogues à celles de la bouche et de la gorge. Ces altérations sont considérées comme préancéreuses par les médecins du Radiumhemmet de Stockholm.

Un autre caractère important est la réponse rapide de la maladie à la thérapeutique ferrique. En quelques jours, généralement, le malade ressent une amélioration et les symptômes disparaissent complètement au bout d'un mois environ. D'après Beebe, l'amélioration après administration de fer est si constamment positive que si elle ne se manifeste pas dans les trois semaines qui suivent l'institution du traitement, on doit reconsidérer le diagnostic.

### Symptômes radiologiques

Nous examinerons avec plus de détails le syndrome radiologique qui fut isolé récemment et dont la technique a été mise au point en 1939 par Kjellberg.

Il est important de se souvenir que la dysphagie n'est pas un symptôme constant. Certaines statistiques de Witts et Wintby ne la relèvent que dans environ 15 % des cas d'anémie hypochrome. Elle correspond à la production d'une membrane œsophagienne rétro-cricoïdienne. Au stade précoce de leur formation, ces membranes apparaissent sur les clichés radiographiques comme de petites implantations émanant de la paroi antérieure de l'œsophage. Quand elles se développent, elles se projettent dans la lumière et sont en général situées du côté opposé au ressaut du muscle crico-pharyngé. On peut les trouver plus bas et l'on a rapporté des cas de membranes se projetant au niveau de la crosse aortique. Néanmoins, la hauteur de ces lésions correspond en général à l'extrémité supérieure de l'œsophage, juste en dessous de la projection du cricoïde. Les membranes peuvent être uniques ou plurales. On les distingue plus aisément sur les clichés pris en position latérale, quand

l'hypopharynx est bien distendu par la baryte. Si la réplétion n'est pas complète, elles sont presque inapparentes.

Ces membranes sont très fines et l'œsophagoscopie doit être très minutieuse pour confirmer leur présence. La dilatation instrumentale provoque un changement radical dans l'aspect radiologique; l'étroite striction disparaît et seul un court segment du rétrécissement subsiste, qui passerait inaperçu si l'on ne prêtait une attention particulière à l'examen de cette région.

Dans les cas avancés, elles peuvent être vues en projection frontale; elles sont alors très longues et susceptibles d'atteindre 5 à 6 mm. Dans les cas chroniques, l'infiltration des parois peut produire une striction difficilement différenciable d'une lésion maligne qui, parfois d'ailleurs, s'y superpose.

Il existe des signes radiologiques secondaires, décrits par Gerlings en 1940 :

1° Stagnation de la baryte dans les vallécules glosso-épiglottiques et dans les sinus piriformes;

2° Stagnation de la baryte au-dessous de la bouche œsophagienne;

3° Sténose cicatricielle de la bouche œsophagienne ou du tiers supérieur de l'œsophage.

La radiocinématographie peut être utilisée pour le diagnostic de présence de ces membranes (Sérafimer Lazarett de Stockholm).

#### Dégénérescence maligne des lésions muqueuses

Ahlbom, en 1931, étudiant les statistiques du Radiumhemmet, fut le premier à établir la grande importance du syndrome de Plummer-Vinson en tant qu'état précancéreux. Son attention fut attirée pour la première fois par le cas de deux femmes, âgées d'environ 50 ans, atteintes d'un évident syndrome de Plummer-Vinson depuis 20 ou 30 ans et qui avaient montré une prédisposition marquée pour le cancer buccal: l'une avait eu cinq cancers différents des lèvres et de la cavité buccale; l'autre en avait présenté trois.

Ahlbom entreprit alors des recherches parmi les malades du sexe féminin atteintes d'anémie achlorhydrique et d'anémie sidéropénique et constata qu'environ la moitié des femmes atteintes de cancers buccaux et la grande majorité de celles atteintes de cancers de l'hypopharynx ou de la portion supérieure de l'œsophage présentaient un syndrome de Plummer-Vinson.

A cette époque, la littérature concernant les facteurs étiologiques et prédisposants des cancers buccal et pharyngé ne mentionnait ni l'anémie achlorhydrique, ni le syndrome de Plummer-Vinson.

Néanmoins, certains auteurs anglais avaient déjà reconnu le risque de cancer hypopharyngé dans ces conditions. Kelly, Patterson et Turner avaient montré ce danger et Cameron décrit l'incidence fréquente du cancer hypopharyngé là où les lésions muqueuses sont spécialement distinctes. De son côté, Mac Gibbon avait rapporté

le cas d'une malade, atteinte de syndrome de Plummer-Vinson, présentant des modifications précancéreuses et des cancers multiples au niveau de la muqueuse buccale.

Le travail de Wassink, au Leeuwenbuis d'Amsterdam, a éclairé un autre aspect de la question. Wassink avait procédé à une investigation soignée de l'histoire lointaine des cas de cancer de l'hypopharynx, de la cavité buccale et de la bouche œsophagienne chez les femmes et avait obtenu la certitude qu'une précoce dysphagie existe longtemps avant que la maladie ne se manifeste. Les symptômes qu'il a décrits: limitation de la capacité d'ingestion pendant des années, faciès typique, modifications atrophiques, etc., sont exactement superposables aux éléments du syndrome de Plummer-Vinson. Il est improbable, étant donné leur apparition précoce, que ces symptômes aient été le résultat du cancer; Wassink ne considère pas la dysphagie comme la cause mais comme la conséquence indirecte de l'anémie.

De leur côté, les auteurs anglais ont effectué la même recherche et leurs conclusions sont identiques à celles de Wassink. Ils ont d'autre part étudié le devenir des lésions muqueuses du syndrome de Plummer-Vinson et bien montré que leur dégénérescence n'était pas exceptionnelle.

Le rapport annuel du British Cancer Research Committee de 1942 précise que, sur 65 cas déterminés de cancer postcricoidien, 54 (83 %) furent trouvés chez la femme, alors que 16 % seulement des cas de cancer de l'œsophage surviennent dans ce sexe. Le symptôme le plus commun était la dysphagie.

Ahlbom, en 1936, se basant sur l'examen de 250 femmes atteintes de carcinomes de la cavité buccale, du pharynx et de l'œsophage, donne les résultats suivants: 150 femmes ont été interrogées et examinées aux fins de déceler les signes d'une anémie achlorhydrique simple ou d'un syndrome de Plummer-Vinson; les résultats ont été positifs dans 70 % des cas. De ces malades, la majorité, environ 70, ont eu de la dysphagie, quoique chez beaucoup ce symptôme ait été peu intense. Aussi Ahlbom pouvait-il, à bon droit, affirmer qu'une relation existe entre l'anémie achlorhydrique simple et le syndrome de Plummer-Vinson d'une part, le cancer du segment supérieur du tube digestif d'autre part. Et il en inférait que cette relation trouvait probablement sa base dans les changements atrophiques de la muqueuse associés avec l'état anémique. Le cancer se développerait progressivement sur cette muqueuse de la même manière que sur la cicatrice d'une brûlure cutanée, sur un lupus, ou sur une radiodermite par exemple.

Suzman eut l'occasion d'observer des modifications épithéliales du type précancéreux dans un cas de Plummer-Vinson autopsié. Il résume ainsi ses constatations: « La muqueuse et la musculature de la langue et de l'œsophage montrent des anomalies histologiques définies consistant principalement dans l'hyperkératose de l'épithélium avec des aires de desquamation et une atrophie dégénérative du muscle

« sous-jacent. La présence de zones muqueuses « d'aspect leucoplasique et contenant des cellules « indifférenciées en mitoses est intéressante à « considérer du point de vue tendance au développement d'une lésion maligne. »

Il est juste de noter que, dès 1933, Suzman attirait ainsi l'attention sur le potentiel néoplasique du syndrome, fait qu'Ahlbom devait, par la suite, établir sur d'importantes statistiques.

Cordray, par ailleurs, en 1949, sous la direction de Mosher, entreprit une étude expérimentale portant sur 12 souris qu'il soumit à un régime de carence approprié ; les lésions qu'il découvrit à l'autopsie l'amènent à conclure dans le même sens.

Mais c'est particulièrement pour le cancer post-cricoïdien que l'association avec le syndrome de Plummer-Vinson est frappante. Ce cancer est typiquement une tumeur de la femme. De statistiques, peu importantes il est vrai, publiées jusqu'en 1936 il ressort que, dans la plupart des pays, de 70 à 90 % des malades atteints de ce cancer sont des femmes. Et cela est d'autant plus remarquable que, d'après ces mêmes statistiques, les cancers buccaux et pharyngés ne se rencontrent chez la femme que dans la proportion de 5 à 25 % des cas.

Dans la statistique d'Ahlbom, 90 % des malades avec un cancer post-cricoïdien étaient des femmes et 90 % de celles-ci ont eu un syndrome de Plummer-Vinson ou une anémie achlorhydrique. Casalegno étudiant une série de 15 cas à la Fondation Curie, constate « que les cancers de la bouche, de l'œsophage sont fréquents chez la femme ». Mac Gibbon rapporte la coexistence de cancers hypopharyngés et du syndrome de Plummer-Vinson chez des individus appartenant à trois générations d'une même famille.

Simpson a présenté en 1939 d'intéressantes conclusions appuyées sur une série de 18 cas. Il a trouvé que, dans 10 d'entre eux, un cancer s'était développé, savoir : 4 dans le segment post-cricoïdien, 1 au niveau du tiers inférieur de l'œsophage et 5 au niveau du cardia. Il a attiré l'attention sur la possibilité d'un rôle précancéreux du Plummer-Vinson, non seulement au niveau de la bouche œsophagienne, mais encore le long du tractus digestif et particulièrement de l'estomac. Il concluait en soulignant les points suivants :

a) Le syndrome de Plummer-Vinson doit être regardé comme un état précancéreux (10 cancers sur 18 cas étudiés) ;

b) Du fait que la muqueuse buccale et œsophagienne entière participe aux lésions, le cancer peut survenir à n'importe quel point du tube digestif situé entre l'orifice buccal et le cardia.

### Conclusions

Nous avons voulu rappeler succinctement un syndrome encore peu connu en France et dont l'intérêt en cancérologie est primordial. Nous nous sommes bornés à citer à ce sujet quelques opinions et nous donnons une bibliographie assez

importante. Bientôt doivent paraître les conclusions des médecins du Radiumhemmet où cette question a été particulièrement étudiée.

Le syndrome de Plummer-Vinson devrait attirer l'attention des cancérologues, car il constitue, sans aucun doute, un excellent exemple des états précancéreux. Il nous paraît d'un grand intérêt théorique, car, dans beaucoup de cas, les conditions préalables d'apparition d'un cancer survenant à l'âge de 50 ou 60 ans sont déjà présentes dès les années qui suivent immédiatement la puberté, et, peut-être même, plus précocement.

Du point de vue pratique, le diagnostic précoce du syndrome de Plummer-Vinson permet non seulement d'instituer un traitement immédiat efficace de la maladie en tant que telle, mais aussi d'éviter, s'il en est encore temps, une dégénérescence maligne. Le malade doit être suivi par des examens répétés et le traitement appliqué de nouveau s'il est nécessaire, afin que, si un cancer apparaît malgré le traitement prophylactique, il soit possible d'en faire encore le diagnostic précoce.

Comme le suggère Johnson, la propagande anticancéreuse devrait mentionner l'anémie sidéropénique parmi les causes prédisposantes au développement de certaines tumeurs malignes.

### BIBLIOGRAPHIE

- AHLBOM (H.). Plummer-Vinson syndrome och hypopharynx cancer. *Nordisk med.*, 12, 31-37, 1941.
- AHLBOM (H. E.). Pradisponierende faktoren für plottenepithel karsinom in mund, hals und speichelhöhre. Eine statistische untersuchung am material des radiumhemmets. *Stockholm. Acta rad.*, 18, 163, 1937.
- AHLBOM (H. E.). Om anämi och dysphagi i sjukhistorien hos kvinnor med cancer i mund, swalg och matstrupe. *Nord med. tidskr.*, 11, 1576.
- AHLBOM (H. E.). Single achlorhydric anemia, Plummer-Vinson's syndrome and carcinoma of the mouth, pharynx and oesophagus in women. *Med. Journ.*, 2, 331, 1946.
- AHLBOM (H. E.). Relation between sideropenia (Plummer-Vinson syndrome) and certain forms of cancer. *Svenska läk-tidning*, 57, 176-180, 1940.
- BACLESSE (F.). Le diagnostic radiologique des tumeurs malignes du pharynx et du larynx. Paris 1938, Masson.
- BELESSKIV (G. S.). So-Called Organic and Functionnal Dysphagias. *Sovet-vrach. Zhur*, 41, 27-31, 1930.
- BLOOGROOD (J. C.). Cancer of the Tongue : A preventable Disease. *J. A. Med.*, 77, 320, 1921.
- CAMERON (M.). Dysphagia and Anemia. *Quart. J. Med.*, 22, 1949-1950, 43.
- CORDAY (D. P.). Plummer-Vinson syndrome. *Ann. Otol. Rhin. and Laryng.*, 49, 206-207, 1940.
- DAREY (W. J.). The Oral Manifestations of Iron Deficiency. *J. E. M. J.*, 159, 309, 1949.
- DAVIDSON (L. S. P.). The classification and Treatment of Anemia with Special Reference to the Nutritional Factor. *Edinb. Med. Journ.*, 39, 103, 1932.
- FERRANDO BOLET (J. M.). Plummer-Vinson syndrome. *Med. Clin. Barcelona*, 3, 36-39, 1947.
- GERNEZ (A.). Syndrome de Plummer-Vinson. Diplôme de radiologie (Nombreuses références), Paris 1943.
- GERLINGS (P. G.). Disorders of Mouth of Oesophagus in

- syndrome of Plummer-Vinson. *Journ. Laryng. and Otol.*, 55, 245-253, 1940.
- GRAHAM (G.) and JOHNSON (R. S.). Anemia with Dysphagia. *Quart. Journ. Med.*, 35, 21, 1937.
- HAHN (P. F.), BULL (W. F.), LAWRENCE (E. O.) and WHIPPLE (G. H.). Radioactive iron and its Metabolism in Anemia. *J. Exp. Med.*, 60, 739, 1939.
- HAHN (P. F.), JONES (E.), COWE (R. C.), MANSELY (C. R.) et PEACOCK (W.). The relative absorption and utilisation of ferrous iron in Anemia as Determined with the Radioactive Isotope. *Am. J. Physiol.*, 143, 1-3, 1945.
- HOLMGREN (B. S.). Sideropenic Dysphagia of Cancer of hypopharynx. *Acta Radiol.*, 24, 455-491, 1943.
- HOLMGREN (B. S.). Röntgencinematography as a Routine Method. *A. R.*, 26, 286, 1945.
- HOOVER (W. B.). The Syndrome of Anemia, Glossitis and Dysphagia. *New Eng. Journ.*, 273-934, 1935.
- HURST (A. F.). Dysphagia Associated with Anemia. *Brit. Med. Journ.*, 1, 375, 1928.
- HURST (A. F.). Disorders of oesophagus (Plummer-Vinson syndrome). *J. M. M. A.*, 102, 582-587, 1934.
- JOHNSON (L.). Dysphagia Associated with Anemia (Relation to cancer). *Ann. Otol. Rhin. and Lar.*, 47, 867, 1938.
- JOHNSTON (A. S.). Radiologic Observations on Postero-coid obstruction and Anemia. *Brit. J. Radiol.*, 14, 177-189, 1941.
- JONES (A. M.) and OWEN (R. D.). Dysphagia Associated with Anemia. *Brit. Med. Journ.*, 286, 1928.
- KELLY (B.). Dysphagia Associated with Anemia. *Journ. Laryng. and Otol.*, 34, 285, 1919.
- KEMP HARPER (R. A.). Plummer-Vinson Syndrome. *B. J. of R. March.*, 1946.
- KERNAN (J. D.). Plummer-Vinson Syndrome, 2 cases. *Arch. Oto. Lar.*, 32, 622-677, 1949.
- KISSINGER (P.). Question of Healed Oesophageal Cancer of Dysphagia Associated with Essential Hypochromic anemia. *Monatschr. f. Krebsbekämpfung*, 11, 67, 1943.
- KJELLBERG SVEN (R.) et WALDENSTRÖM (J.). Sideropenic Dysphagia or so-called Plummer-Vinson Syndrome. *Act. Rad.*, déc. 1939.
- LAVB (R.). Plummer-Vinson Syndrome; Clinical Study in Patients with Cancer of the Upper Digestive Tract. *Act. Oto. Lar.*, 26, 68-69, 1938.
- MAC GEE and GOODWIN. Syndrome of Dysphagia and Anemia (Plummer-Vinson Syndrome). *Ann. Int. Med.*, 11, 2, 1938.
- MAC GIBBON (J. E. G.). Pharyngeal Carcinoma and dysphagia with Anemia occurring in three Generations of one Family. *J. Lar. Oto.*, 53, 32-34, 1938.
- MAC GIBBON (J.). The Oesophageal Lesions encountered in cases of Dysphagia with anemia. *J. Oto.-Lar.*, 50, 329, 1935.
- MERRIL (D.) and R. RICHARDS. Dysphagia and Nutritional Deficiency. *New England J. Med.*, 225, 326-330, 1941, 28.
- MEULENGRACHT (E.) and J. BICHEL. Riboflavin Avitaminoses and Plummer-Vinson Syndrome. *Nord Med. (Hospitalstid)*, 9, 132-135, 1941.
- MOERSH (H. J.) and COONER (H. M.). Hysterical Dysphagia. *Arch. Oto. Lar.*, 4, 112, 1926.
- MOSHER (H. P.). Webs and Pouches of the oesophagus. Their Diagnosis and Treatment. *Surg. Gyn. and Obst.*, 25, 175, 1917.
- MOSHER. Ray-Study of Movements of tongue, Epiglottis and hyoid bone in Swallowing, followed by discussion of difficulty in Swallowing caused by Retropharyngeal Diverticulum, postero-coids Webs and Exostoses of cervical Veretbrae. *Laryngoscope*, 37, 255-262, 1927.
- MURPHY (R. G.) and DAMARJIAN (E.). Riboflavin Deficiency with idiopathic Hypochromic Anemia. *Rhode Island M. J.*, 23, 114, 1940.
- PANTOLINI (M.). Plummer-Vinson Syndrome. *Dia Med.*, 15, 341-344, 1943.
- PARDO CASTELLO (V.). Disease of the nails (in Plummer-Vinson Syndrome), p. 151 (2<sup>e</sup> éd.).
- PATERSON (D. R.). Obstruction of the Upper End of the Oesophagus. *Prac. Roy. Soc. Med.*, 24, 1200, 1931.
- PIVERSON (D. R.). Upper Dysphagia. *J. Oto.-Lar.*, 52, 75-83, 1937.
- PLUMMER (H. S.). Cit. par Vinson.
- ROBB (D.). Hunter's Ulcer of Bladder or Interstitial Cystitis in prescuse of Idiopathic Hypochromic Anemia (and Plumer-Vinson Syndrome), 2 cases. *Australian and New Zealand J. Surg.*, 10, 393-397, 1941.
- RYLE (J. A.). Oesophageal Spasm with Severe Anemia (Plummer-Vinson Syndrome), case: *Guy's Hosp. Rep.*, 77, 33-34, 1927.
- SAVILAHTI (M.). Pathologic Anatomy of Plumer-Vinson Syndrome. *Act. Med. Scand.*, 126, 49-54, 1946.
- SCHAUSMAN (C.). Anemia and Dysphagia or Plummer-Vinson Syndrome. *Finska. Lak. Sällsk. Handl.*, 80, 61-69, 1917.
- SHERMAN JULIUS. Carcinoma oesophagus. *Am. J. M. Sc.*, 25, 79-84, 1908.
- SIGRA (E. V.) and ERRECAET (P. L.). Plummer-Vinson Syndrome. *Rev. bras. d'Oto-Rhin.-Lary.*, 8, 328-333, 1940.
- SIMPSON (R.). Anemia with Dysphagia: Precancerous Condition. *Prac. Roy. Soc. Med.*, 32, 1447-1452, 1932.
- SIMPSON (R. R. J.). *Lar. Oto.*, 54, 735-746, 1939.
- C. C. STOCKOLM BORRESEN. Plummer-Vinson Syndrome. *Ugesk. F. Lager*, 105, 631, 1943.
- SUZMAN (M. M.). Syndrome of Anemia, Glossitis and Dysphagia. *Arch. Med. Int.*, 51, 1, 1933.
- FERRACOL (J.) and P. LAMARQUE. Plummer-Vinson Syndrome. *Montpellier Med.*, 1930-1926, janv.-fév. 1941.
- THELE and KUHLE. *Klin. Wo.*, 2, 1197, 1938.
- THOMAS (M. A.). Webs and Constricting Bands in Upper Oesophagus (Sideropenic Dysphagia). *Am. J. Rontgenol.*, 57, 213-219, 1947.
- TURNER (A. L.). Malignant Disease of the Oesophagus with Special Reference to the carcinoma of the Upper End. *J. Lar. Oto.*, 28, 281, 1913, and 35; 34, 1920.
- VARELA (M. E.). Idiopathic Hypochromic Anemia with Glossitis and Dysphagia (Plummer-Vinson Syndrome). *Semana Med.*, 2, 739-743, 1933.
- VIDEBÆK (A.). Plummer-Vinson Syndrome with 4 successive carcinomas, treated with Riboflavin, with favourable Effect on Sideropenia; Case. *Nord. Med. (Hospitalstid)*, 23, 1391-1392, 1944.
- VIDEBÆK (A.). Solitary and Multiple Carcinomas of Upper Alimentary Tract; their location; Age and Sex incidence; and Correlation with Plummer-Vinson Syndrome. *Acta Rad.*, 25, 339-350, 1944.
- VINSON (P. P.). Hysterical dysphagia. *Minnesota Med.*, 5, 197, 1922.
- VINSON (P. P.). Significance of Dysphagia. *Bull. Univ. Maryland School. Med.*, 12, 117-120, janv. 1928.
- WALDENSTRÖM (J.) and S. R. KJELLBERG. Rontgenologic Diagnosis of Sideropenic Dysphagia. *Act. Rad.*, 20, 618-628, 1939.
- WASSINK (W. F.). Nederl. Tijdschr. V. Geneesk., 11, 1937, 192.
- WATSON-WILLIAMS (E.). Dysphagia with anemia in Male. *Brit. Med. J.*, 2, 1179, 1936.
- WINTROBE and BEBE. Idiopathic Hypochromic Anemia. *Medicine*, 13, 187, 1933.
- ZETTERQUIST. Om Dysphagi och Anami (Plummer-Vinson Syndrome). *Nord. Med. Tidskr.*, 6, 956, 1933.