

parations mercurielles, surtout le calomel et le précipité rouge. Mais à ces moyens, jugés comme accessoires, on préfère les applications de perchlorure de fer, les cautérisations avec l'acide chlorhydrique fumant ou mêlé à parties égales ou à un tiers de miel rosat, les cautérisations avec une solution concentrée d'azotate d'argent (de 5 à 10 grammes pour 10 d'eau distillée). On répète plus ou moins ces applications caustiques, depuis une ou deux en vingt-quatre heures jusqu'à quatre ou huit; on les fait largement sur toutes les parties occupées par les fausses membranes, et dans l'intervalle les malades se gargarisent d'abord avec des liquides émollients pour calmer la chaleur des parties, puis avec des liquides détersifs, aluminés : quelques-uns, dans ces derniers temps, ont conseillé d'appliquer simplement sur les surfaces malades une couche de glycérine.

Les cautérisations n'ont plus aujourd'hui en leur faveur l'unanimité des suffrages; leur impuissance radicale dans un grand nombre de cas a refroidi déjà beaucoup de médecins, et le temps n'est pas éloigné peut-être où l'on mettra à les proscrire l'ardeur qu'on a eue en d'autres temps à les exalter. Ce sera une injustice, car les cautérisations faites énergiquement ont été suivies souvent d'une amélioration tellement prompte dans l'état local, qu'il est impossible d'en méconnaître la puissance. C'est surtout au début de l'affection qu'il y a chance de réussir; mais lorsque toute la gorge est envahie, lorsqu'à plus forte raison des concrétions diphthéritiques apparaissent sur des points éloignés, on ne doit guère alors espérer quelque avantage de la médication topique, et je suis d'avis de l'abandonner. On ne doit plus, en effet, infliger aux patients une méthode qui devient un supplice, et qui est cruelle surtout quand on l'applique aux enfants, qui résistent de toute leur énergie, qu'on est contraint de violenter, et chez lesquels, par conséquent, le caustique est promené en aveugle autant sur les parties saines que sur celles qui sont malades. Dans ces cas, on se bornera à porter sur le pharynx, à l'aide d'un pinceau ou par insufflation, soit du tannin, soit de l'alun, soit un mélange par parties égales de ces deux substances.

Je ne parlerai des vésicatoires que pour en proclamer l'impuissance et le danger; il ne faut pas oublier, en effet, que la diphthérite pullule souvent sur toutes les surfaces qu'on dénude.

Depuis surtout que les cautérisations comptent un si grand nombre d'insuccès, on a cherché dans la matière médicale des substances capables de changer cette disposition générale à la production de la diphthérite. On a prôné tour à tour les alcalins, le bicarbonate de soude en particulier, le chlorate de potasse, les mercuriaux sous toutes les formes et à toutes les doses; rien n'a réussi dans la diphthérite véritable; les succès que quelques-uns disent avoir obtenus, et qu'ils ont si bruyamment annoncés, sont imaginaires, car ils ont été manifestement obtenus contre l'angine pultacée ou l'angine herpétique, affections bénignes, et que tant de médecins confondent encore aujourd'hui avec l'angine diphthéritique, au grand détriment des malades.

Le régime mérite une attention spéciale. La diète ne convient jamais; il faut, au contraire, alimenter les malades, leur permettre des bouillons, des potages et même des aliments plus substantiels; ils boiront du vin, on leur donnera quelques préparations de quinquina (extrait, vin, infusion).

La convalescence étant plus ou moins pénible, l'empoisonnement diphthéritique ayant toujours altéré les forces, il importe que les convalescents soient placés dans les meilleures conditions hygiéniques : leur régime sera tonique; à une alimentation substantielle on joindra l'usage des ferrugineux, des amers,

des frictions stimulantes, des bains sulfureux, des douches froides et des bains de mer. Ce sont là aussi les meilleurs ou plutôt les seuls moyens à employer contre les paralysies dont j'ai parlé plus haut; car la strychnine et l'électricité n'en ont jamais sensiblement modifié ni la marche ni la durée.

**Prophylaxie.** — Il importe de répéter ici que la maladie est contagieuse; aussi les individus atteints devront-ils être séquestrés : ils seront placés dans des pièces vastes et aérées. Ceux qui leur donnent des soins devront bien s'alimenter, sortir de temps en temps à l'air libre, s'astreindre à une grande propreté, et faire des ablutions toutes les fois qu'ils seront forcés de porter des médicaments dans la gorge des malades.

**Nature.** — L'angine couenneuse doit être considérée comme une inflammation *spécifique*. La nature de la concrétion, sa tendance à s'étendre, sa reproduction lorsqu'on l'enlève, sa manifestation sur diverses surfaces éloignées les unes des autres, enfin la marche des accidents et le caractère contagieux de la maladie, le prouvent suffisamment. Ce n'est pas une affection purement locale; en effet, la disproportion qui existe souvent entre les symptômes généraux et locaux, la généralisation de la maladie, son apparition simultanée ou successive sur un grand nombre de surfaces, le prouvent suffisamment. On pourrait donc, à juste titre, ranger la diphthérite non dans les pyrexies, comme quelques-uns l'ont voulu, mais dans les intoxications virulentes : aussi aurais-je du peut-être en faire l'histoire dans une autre partie de cet ouvrage, mais j'ai cru qu'il était plus utile de rapprocher la maladie des autres affections de la gorge, pour mieux en faire saisir les différences.

#### DE L'ŒSOPHAGITE, OU INFLAMMATION DE L'ŒSOPHAGE

L'inflammation de l'œsophage, signalée par Fernel, et peut-être même avant ce médecin célèbre, n'a été convenablement décrite que depuis une quarantaine d'années, époque à laquelle un regrettable observateur, le docteur Mondière, inséra dans les tomes XXIV et XXV des *Archives de médecine* un travail d'un grand intérêt.

**Caractères anatomiques.** — L'inflammation produit dans l'œsophage des altérations tout à fait identiques avec celles que nous avons rencontrées dans la bouche et dans le pharynx. C'est ainsi qu'il existe une œsophagite *simple* caractérisée par la rougeur, par l'épaississement, le ramollissement et l'érosion de la muqueuse : c'est l'*œsophagite érythémateuse*. D'autres fois les follicules s'enflamment isolément (*aphthes*), ou bien l'inflammation est surtout caractérisée par une sécrétion morbide, comme celle du muguet (*œsophagite crémeuse*) ou comme celle de la diphthérite (*œsophagite pseudo-membraneuse*). Dans ces cas, les lésions de l'œsophage sont presque toujours consécutives à celles de la bouche et du pharynx. Enfin, la phlegmasie peut gagner le tissu cellulaire sous-muqueux, qui alors s'indure et suppure. On pourrait donner à cette forme de la maladie le nom de *phlegmoneuse*.

L'œsophagite peut exister aussi à l'état chronique; mais sous ce nom on a trop souvent confondu des lésions organiques très-diverses : aussi est-il impossible, dans l'état actuel de la science, de tracer ses caractères anatomiques et de préciser les symptômes qui peuvent la faire distinguer.

**Symptômes. Marche. Terminaisons.** — L'histoire symptomatique de l'œsophagite aiguë est encore très-incomplète : cependant voici quels sont, l'après la plupart des auteurs, les principaux phénomènes qui peuvent aider à la faire reconnaître.

Les malades accusent constamment une douleur plus ou moins vive, qui est rapportée à la partie inférieure du pharynx, souvent à l'épigastre, ou bien au milieu du dos, entre les deux épaules; elle semble occuper parfois toute la longueur de l'œsophage. Le siège de la douleur n'indique pas d'ailleurs toujours exactement celui de la lésion. Cette douleur, plus ou moins vive, augmente par la déglutition; elle peut devenir intolérable lorsque les aliments ou les boissons sont en contact avec la partie phlogosée. Souvent alors l'œsophage se contracte convulsivement sur eux; après quelques efforts de vomissement ou plutôt de régurgitation, ces substances sont rejetées par la bouche ou par les narines. C'est encore d'après le même mécanisme que la plupart des malades expulsent une certaine quantité de matières glaireuses ou de fausses membranes sécrétées par les surfaces enflammées. L'inflammation ayant souvent pour effet de diminuer notablement le calibre de l'œsophage, il s'ensuit que les aliments subissent alors à ce niveau un temps d'arrêt dont les malades ont la conscience. Si le rétrécissement est très-considérable, les aliments cessent de pouvoir le franchir; ils s'accumulent au-dessus de ce point, et sont rejetés peu de temps après avoir été avalés. Toutefois de pareils accidents sont excessivement rares dans l'œsophagite aiguë; on ne les observe guère que dans la forme chronique, et plus encore dans les rétrécissements squirrheux. Quelques malades atteints d'œsophagite ont accusé la sensation d'une boule qui, remontant de l'épigastre, s'arrêterait au niveau du larynx; d'autres, en plus grand nombre, sont tourmentés par des hoquets. On dit aussi avoir observé, en pareil cas, l'hydrophobie; mais il y a encore doute à cet égard. Quoi qu'il en soit, il est rare de noter dans l'œsophagite des symptômes de réaction un peu vive.

Cette maladie peut se terminer presque toujours par résolution; rarement elle est suivie de suppuration, presque jamais de gangrène; quelquefois enfin les tissus s'ulcèrent ou sont frappés d'induration: on dit alors que la maladie a passé à l'état chronique.

Lorsqu'un abcès se forme dans les parois de l'œsophage, le pus peut être évacué par la bouche, ou bien, descendant dans l'estomac, il se mêle aux matières qui y sont contenues, et il est entraîné dans les selles; d'autres fois, s'ouvrant dans le tissu cellulaire ambiant et parfois simultanément dans la cavité du conduit, l'abcès devient le point de départ d'un phlegmon diffus et gangréneux s'étendant au loin et amenant presque fatalement la mort des malades.

Les symptômes pouvant indiquer une ulcération de l'œsophage sont encore très-incertains. On a signalé, comme lui appartenant, une douleur plus vive que dans l'œsophagite aiguë, et qui s'accompagne quelquefois de dysphagie et de la régurgitation de matières glaireuses et sanguinolentes. Mais ces accidents, communs à plusieurs lésions de l'œsophage, sont insuffisants, suivant nous, pour indiquer l'existence d'une ulcération, et surtout pour éclairer sur sa nature.

**Diagnostic.** — Une douleur plus ou moins vive sur le trajet connu de l'œsophage, augmentant par l'ingestion des aliments et des boissons; la difficulté ou même l'impossibilité que ceux-ci éprouvent pour arriver dans l'estomac; l'expulsion de fausses membranes par des efforts de régurgitation ou de vomissement, et surtout le rejet, presque aussitôt après leur ingestion, d'aliments encore peu altérés, doivent faire croire à une inflammation de l'œsophage. Mais il est bien rare que la maladie se révèle jamais par des symptômes aussi bien tranchés: voilà pourquoi l'œsophagite est presque toujours d'un diagnostic obscur. Les maladies du larynx et de la trachée pourraient quelquefois, par la douleur que la déglutition des aliments provoque, faire croire à l'existence d'une œsophagite; mais dans celle-ci la respiration est libre; il n'y a pas

de toux, nulle sensation de chatouillement, point d'aphonie ni aucune altération du timbre de la voix; enfin la déglutition, souvent empêchée, produit une douleur presque toujours plus vive. Il faut savoir encore que chez quelques rhumatisants et chez des individus atteints de névroses, spécialement chez quelques hystériques, il survient parfois de la dysphagie; mais celle-ci est sujette à des intermissions; elle cesse souvent tout d'un coup, après les premiers efforts; le malade n'accuse aucune douleur dans l'intervalle des repas.

On verra plus tard en quoi l'œsophagite se distingue de l'œsophagisme et des rétrécissements organiques. (Voyez ces maladies.)

**Pronostic.** — Le pronostic n'est grave que lorsque l'œsophagite est générale, ou bien lorsqu'elle est phlegmoneuse et qu'elle produit un rétrécissement considérable du conduit, ou bien encore lorsque la maladie se termine par suppuration ou par induration.

**Étiologie.** — L'œsophagite reconnaît toujours des causes diverses, telles que l'ingestion de substances irritantes, corrosives, de boissons bouillantes ou glacées, de corps étrangers à surface inégale. Enfin, le plus ordinairement, la maladie n'est qu'une extension de l'inflammation de la muqueuse du pharynx, elle revêt alors la même forme anatomique que celle de cette dernière.

**Traitement.** — Si l'œsophagite est peu intense, le traitement doit consister spécialement dans l'emploi de boissons douces, mucilagineuses, et dans l'abstinence d'aliments solides. On administrera quelques bains tièdes; enfin, on opérera une révulsion sur les extrémités, à l'aide de pédiluves irritants, et surtout avec des lavements purgatifs.

Dans la plupart des cas, pour peu que l'œsophagite soit grave, il conviendra de tirer du sang. La fièvre est rarement assez intense pour nécessiter la saignée générale; mais des sangsues ou mieux des ventouses seront appliquées utilement sur le trajet de l'œsophage, spécialement au niveau de la douleur. En pareil cas, les anciens donnaient la préférence à l'ouverture des veines ranines, sans que cette prédilection fût bien justifiée. Plus tard on aura recours aux révulsifs puissants, tels que sinapismes, frictions ammoniacales, et vésication le long de la colonne vertébrale ou à la partie inférieure du cou. Les malades garderont le repos et s'abstiendront même de parler, car les mouvements de la langue, ainsi que Mondière l'a établi, se propagent jusqu'à l'œsophage.

Lorsque par l'obstacle absolu que la déglutition éprouve, et par la durée de l'affection, on redoute l'existence d'un abcès, convient-il, ainsi qu'on l'a conseillé, de sonder le canal, dans l'espoir de crever le foyer, comme il en existe un exemple dans la *Gazette de santé* de 1823? C'est un conseil que je n'oserais donner; car je craindrais que la sonde, en heurtant contre des parties ramollies par le travail inflammatoire, ne se fourvoyât dans les tissus et ne fit fausse route.

Lorsque la phlegmasie est devenue chronique, il faut surtout insister sur les révulsifs, et choisir même les plus énergiques, tels que cautères ou moxas, et donner à l'intérieur l'iodure de potassium et les eaux alcalines. (Voyez dans le tome II l'article *Rétrécissement de l'œsophage*.)

## DE LA GASTRITE

On désigne sous le nom de *gastrite* l'inflammation soit aiguë, soit chronique de l'estomac.

**Historique. Fréquence.** — La gastrite est une maladie qui a été signalée

dès l'enfance de l'art; on l'a regardée comme étant plus ou moins fréquente, suivant le rôle plus ou moins actif que les théories physiologiques de l'époque faisaient jouer à l'estomac; mais nulle part et dans aucun temps on n'a exagéré la fréquence de la gastrite, comme on l'a fait en France sous le règne éphémère de la doctrine physiologique. On vit alors cette maladie dominer toute la pathologie, puisque non-seulement on rapportait à elle toutes les affections de l'estomac, mais on prétendait, en outre, faire de l'inflammation de cet organe le point de départ de toutes les autres maladies. En un mot, on rattachait à un travail phlegmasique de la muqueuse stomacale toutes les altérations de circulation, de sécrétion, de nutrition et d'innervation dont l'estomac pouvait être le siège, et même les effets sympathiques si nombreux qu'on observe, du côté des voies digestives, dans la plupart des maladies. Cependant une observation rigoureuse a depuis longtemps fait justice de ces idées, et elle a en outre démontré que cette gastrite, aiguë et chronique, loin d'être aussi vulgaire qu'on le disait, était au contraire une des maladies les plus rares du cadre nosologique, une de celles dont il était surtout le plus difficile de tracer l'histoire. On sera même peu surpris d'apprendre que les travaux sortis de l'école de Broussais ne sont d'aucune espèce d'utilité pour l'étude que nous allons faire, puisque le mot *gastrite* n'a été, dans le langage de ces systématiques, qu'une de ces expressions vagues, indéfinies, sous lesquelles ils ont confondu les maladies les plus disparates. Ce sera surtout dans les écrits de MM. Louis, Cruveilhier et Andral que nous trouverons les notions les plus exactes sur la gastrite, considérée sous le point de vue anatomique. Mais, je le répète, dans l'état actuel de la science, l'inflammation de l'estomac, en tant qu'affection spontanée, est excessivement rare, et personne encore n'a pu en tracer une histoire satisfaisante; c'est la maladie dont on a le plus parlé dans ce siècle, et dont l'histoire, pourtant, est encore une des moins connues.

**Divisions.** — La gastrite est divisée, quant à sa marche, en *aiguë* et en *chronique*. La gastrite chronique sera étudiée dans deux formes principales, suivant qu'elle est *simple* ou bien *ulcéreuse*. Enfin, relativement aux causes qui la provoquent, on distingue une gastrite *spontanée* et une gastrite *toxique*: la première arrive sans cause déterminante bien manifeste; la seconde résulte de l'introduction d'un poison: cette dernière sera étudiée lorsque nous traiterons des empoisonnements irritants et caustiques.

#### De la gastrite aiguë.

**Caractères anatomiques.** — Dans la gastrite aiguë générale, on observe communément une diminution plus ou moins considérable dans la capacité de l'estomac. La membrane interne de ce viscère offre une coloration qui varie depuis le rouge clair jusqu'au brun foncé, coloration qui est produite par une injection tantôt uniforme, tantôt disposée par arborisations, par plaques, ou par un pointillé très-fin; quelquefois enfin le sang, extravasé entre les tuniques, forme de petites ecchymoses. Cependant ces diverses nuances, lors même qu'elles résistent à une macération prolongée, ne sauraient, dans aucun cas, caractériser à elles seules un travail inflammatoire, puisqu'il est prouvé que diverses causes, comme un obstacle mécanique à la circulation, le travail de la digestion, l'abstinence, et même le simple contact de l'air atmosphérique, ainsi que les lois de la pesanteur, peuvent produire le même effet. Il faut en conclure que, pour déterminer sûrement, sur le cadavre, l'existence d'une gastrite, il faut nécessairement que la membrane muqueuse ait subi certaines

modifications dans sa nutrition. C'est ainsi que, dans la gastrite, on trouve la muqueuse épaissie, ou bien amincie, toujours plus friable, et souvent tout à fait ramollie. Ce ramollissement varie depuis la simple diminution de consistance jusqu'à cet état où la muqueuse s'enlève sous forme de bouillie rougeâtre. Les ramollissements rouges sont les seuls qu'on puisse raisonnablement rapporter à l'inflammation; peut-être aussi doit-on rattacher à la même origine ces ramollissements *incolores*, mais entourés de toutes parts d'une injection vive. Quant aux ramollissements pulpeux, gélatiniformes et absolument incolores, qui surviennent dans une foule de circonstances, nous croyons qu'ils ne sauraient caractériser une gastrite; nous les décrirons plus tard comme constituant une affection distincte. Enfin, toute porte à croire que les ramollissements de la muqueuse gastro-intestinale, qui, d'après les belles recherches de M. Louis, surviennent si fréquemment à la suite de tous les états fébriles un peu prolongés, ne reconnaissent point pour cause immédiate un travail inflammatoire (1).

Les ulcérations sont une terminaison fort rare de la gastrite aiguë; lorsqu'il en existe, elles sont généralement petites et peu nombreuses. Elles affectent communément la muqueuse elle-même, mais quelquefois elles n'intéressent que l'appareil folliculaire. C'est ce que Billard a eu occasion d'observer assez souvent chez les très-jeunes enfants. Pour terminer, nous dirons que, dans la gastrite, la sécrétion de la membrane muqueuse est modifiée; c'est ainsi qu'on trouve communément les parties phlogosées tapissées par un mucus consistant, albumineux et souvent rougeâtre. D'autres fois il existe des concrétions crémeuses, comme dans le muguet, ou des pseudo-membranes, comme dans la diphthérie; mais il est rare que celles-ci soient l'effet de la propagation d'une phlegmasie de la gorge. Presque toujours ces fausses membranes sont consécutives aux gastrites qui succèdent à l'empoisonnement par les acides concentrés. Dans l'inflammation de l'estomac, le tissu cellulaire subjacent à la muqueuse est quelquefois infiltré de sérosité et de pus; celui-ci est même parfois réuni en foyer; mais dans ce cas, qui d'ailleurs est excessivement rare, l'abcès offre toujours un très-petit volume: on dit alors que la gastrite est *phlegmoneuse*.

Telles sont les altérations propres à la gastrite aiguë spontanée. Il existe bien encore quelques autres lésions d'une nature inflammatoire; mais comme on ne les observe qu'après l'action de certains poisons, nous en renvoyons l'examen à l'article des *Empoisonnements irritants*.

**Symptômes. Marche.** — La gastrite peut débiter brusquement ou bien être précédée des prodromes ordinaires aux maladies aiguës. Lorsque l'affection est bien caractérisée, les malades accusent une douleur parfois obtuse,

(1) Afin de bien apprécier les lésions cadavériques, il importe de savoir que la muqueuse de l'estomac n'offre pas partout ni la même consistance, ni la même épaisseur. On jugera de la consistance de la membrane par la longueur des lambeaux qu'elle fournira. Ainsi lorsque après l'avoir incisée avec le scalpel, on la saisit avec les doigts ou avec les mors d'une pince de manière à la détacher, on obtiendra des lambeaux de 3 à 6 centimètres de longueur sur la petite courbure, d'un centimètre et demi à 3 centimètres sur la grande courbure; ils seront d'un demi-centimètre à la région pylorique, et de 2 à 9 millimètres à la région splénique. M. Louis, qui a fixé les mesures précédentes, a également apprécié d'une manière rigoureuse l'épaisseur de la muqueuse dans les divers points de l'estomac. On a trouvé que le long de la grande courbure, la muqueuse a une épaisseur de trois quarts de millimètre à un millimètre; d'un tiers à trois quarts de millimètre le long de la petite; d'un quart à trois cinquièmes seulement dans le grand cul-de-sac. Le maximum d'épaisseur de la muqueuse est dans la région pylorique. Nous estimons que dans ce point elle est de un millimètre à un millimètre et demi.

mais plus ordinairement vive, lancinante, siégeant au creux épigastrique, augmentant par la pression, par les mouvements du tronc, et par l'ingestion des liquides. Il y a une inappétence complète; les malades sont tourmentés par une soif vive; la langue est couverte d'un enduit blanc ou jaunâtre; elle est parfois collante, sèche et rouge, dit-on, à la pointe et à ses bords. Il y a des nausées et des vomissements difficiles, douloureux; ceux-ci sont spontanés, mais l'ingestion de la boisson la plus douce suffit aussi pour les provoquer. Ils sont composés de matières aqueuses, bilieuses, jaunâtres. En même temps la chaleur du corps s'élève, le pouls est accéléré; il y a de la céphalalgie, de l'insomnie, de la dyspnée, une respiration saccadée, accompagnée d'une petite toux sèche et d'une grande anxiété: ces derniers symptômes n'existent guère toutefois que dans les cas où la gastrite s'accompagne d'une douleur très-vive.

La description précédente se rapporte à la gastrite grave, mais qui n'est pas la suite d'un empoisonnement par des substances irritantes. Dans le plus grand nombre des cas, la maladie n'a pas cette intensité. Le plus souvent, la douleur est seulement obtuse, la soif est peu vive; l'appétit n'est pas complètement perdu; les malades peuvent prendre encore quelques aliments, qui toutefois sont rarement digérés. Presque toujours, en effet, ces substances réveillent des douleurs plus ou moins vives, et finissent par être rejetées par le vomissement, après avoir provoqué des rapports nidoreux: c'est la gastrite *subaiguë légère* ou *érythémateuse* des auteurs.

Comme on vient de le voir, dans la gastrite qui ne dépend pas d'une cause toxique, les symptômes peuvent avoir une certaine intensité; mais on n'observe pas ces accidents formidables d'adynamie et d'ataxie, de délire et de coma, qui, d'après les partisans de la doctrine physiologique, accompagneraient fréquemment la gastrite intense ou suraiguë, spécialement celle qu'on a nommée *phlegmoneuse*. Cette dernière forme de la maladie est tellement rare, qu'on en rencontre à peine quelques cas dans le cours de la pratique la plus longue et la plus occupée. M. le docteur Raynaud me paraît avoir établi en outre que l'infiltration purulente des parois de l'estomac est moins une forme de la gastrite qu'un état anatomique pouvant se produire dans plusieurs maladies générales caractérisées par une disposition à la production du pus (1).

**Terminaisons.** — Presque toujours la gastrite a une heureuse issue. La résolution est sa terminaison la plus ordinaire. Lorsque celle-ci a lieu, les symptômes déclinent et s'amendent peu à peu: cependant, même après leur cessation complète, l'estomac conserve souvent pendant encore longtemps une grande susceptibilité; les digestions sont douloureuses et difficiles. Quelquefois, enfin, ce n'est qu'après plusieurs recrudescences de l'état aigu que l'estomac reprend définitivement ses fonctions. Souvent aussi, le malade se prolongeant indéfiniment, la gastrite passe à l'état chronique. La maladie ne se termine par la mort qu'autant que la phlegmasie a eu pour effet de ramollir et de détruire une grande partie de la muqueuse stomacale, et d'apporter ainsi un obstacle à la nutrition. On conçoit aussi que la mort puisse dépendre d'une péritonite suraiguë, par suite de la perforation de l'estomac; cette lésion pourtant n'est presque jamais l'effet d'une gastrite aiguë simple, mais elle succède le plus communément à la gastrite par cause toxique. Il en est de même de la gangrène, qui reconnaît presque toujours une cause spécifique.

**Durée.** — La gastrite a une durée variable; pour peu qu'elle ait de l'inten-

(1) *Bulletin de la Société anatomique*, année 1861, et *Gazette hebdomadaire*, 1861, nos 32 et 33.

sité, il est rare que les malades soient rétablis avant la fin du second septénaire; souvent la convalescence se prolonge pendant un temps fort long et tout à fait indéterminé.

**Diagnostic.** — La gastrite aiguë doit surtout être distinguée du ramollissement atonique de l'estomac, de l'embarras gastrique, de la gastralgie, des vomissements nerveux, de l'hépatite, de la péritonite, des coliques hépatique et néphrétique, etc.; j'établirai ces diagnostics différentiels lorsque je traiterai en particulier de chacune de ces maladies. Mais on peut résumer ainsi les caractères distincts de la gastrite, en disant que dans cette affection il existe une douleur vive à l'épigastre, augmentant par la pression et s'accompagnant d'une soif intense, de nausées, de vomissements et de la non-tolérance des aliments et des boissons. La rougeur de la langue est un phénomène exceptionnel qui, d'ailleurs, n'a par lui-même aucune valeur. C'est en étudiant ainsi l'état local, et en le comparant aux autres symptômes, qu'on ne prendra pas pour une gastrite aiguë les troubles de l'estomac qui ne sont que sympathiques. Dans la variole, par exemple, nous avons vu qu'il existait souvent, au début, des nausées, des vomissements et une vive sensibilité à l'épigastre, mais les autres symptômes, comme le lumbago, la fièvre intense, l'état d'anxiété, l'accablement extrême, phénomènes qu'on ne rencontrera point dans la gastrite spontanée, ne permettront jamais le moindre doute.

**Pronostic.** — La gastrite spontanée est généralement une maladie peu grave chez l'adulte; il n'en est pas de même chez les enfants très-jeunes et chez les vieillards.

**Causes.** — La plus grande incertitude règne encore sur les causes de la gastrite aiguë. Tout ce qu'on a dit de l'influence du sexe masculin, de l'âge adulte, des climats chauds, de l'alimentation, des excès alcooliques, des émotions morales, etc., comme favorisant la manifestation de la maladie, est loin d'être encore démontré. Dans la plupart des cas, du moins dans ce climat, l'inflammation de l'estomac succède à une cause traumatique, comme une plaie, un coup sur l'épigastre, l'introduction d'un corps étranger, ou de substances irritantes et corrosives.

**Traitement.** — Pour peu que la gastrite soit intense, on devra recourir à une ou plusieurs émissions sanguines; il suffira presque toujours d'appliquer un plus ou moins grand nombre de sangsues à l'épigastre; en même temps on recouvrira cette partie de cataplasmes émollients. Les malades seront mis dans des bains tièdes très-prolongés; on administrera des boissons douces, mucilagineuses, acidules; celles-ci seront prises en très-petite quantité à la fois; on les donnera tièdes ou fraîches, ou même tout à fait froides, si l'on ne parvenait pas à modérer les vomissements. On devrait également ne pas hésiter à prescrire une petite quantité d'opium, si les douleurs étaient trop vives ou si les malades étaient tourmentés par l'insomnie. On ne commencera l'alimentation que lorsque tous les accidents aigus auront été calmés. On débutera toujours par les substances les plus douces, comme le lait, le bouillon de poulet, etc.; puis on augmentera en raison directe de la tolérance de l'estomac et des forces digestives. Quelquefois celles-ci sont engourdies; il faut alors les ranimer doucement par l'emploi de la pepsine, des eaux gazeuses, des boissons amères et des révulsifs externes, tels que les vésicatoires, les pommades émétisées sur l'épigastre, etc. Ces derniers moyens conviennent d'ailleurs après l'emploi des antiphlogistiques pour hâter la résolution et empêcher le passage de la gastrite à l'état chronique. (Voyez, comme complément, l'article *Ramollissement de l'estomac*, dans le tome II.)