

langue dans presque tous les cas est *fortement chargée* et *sèche*. Les malades ont d'ordinaire l'haleine fétide et la bouche fade ou amère.

L'état général dans les cas sérieux de gastrite aiguë est notablement altéré. Les malades sont abattus et incapables de tout travail. Parfois il y a de légers *mouvements fébriles* avec frissons et chaleur subjective. Quelquefois même il existe un état typhique grave accompagné de manifestations nerveuses intenses (céphalalgie contusive, vertiges, obtusion intellectuelle, etc.). Cet état désigné sous le nom de « *fièvre gastrique* » est probablement le résultat d'une infection générale. D'autre part il y a peut-être un certain degré d'empoisonnement dû à des matières anormales engendrées dans l'estomac par les processus de décomposition (par ex. l'hydrogène sulfuré, d'après SENATOR). Depuis peu LITTEN a décrit certains cas où aux symptômes dyspeptiques du début (nausées, vomissements, flatulence, langue limoneuse, etc.) viennent bientôt s'ajouter des troubles nerveux plus graves (agitation, céphalalgie, grande faiblesse musculaire) et finissant graduellement par une profonde somnolence. L'haleine des malades répand une *odeur* manifeste de *pommes de reinette* et, par l'addition de perchlorure de fer à l'urine, on obtient une coloration d'un rouge brun (la réaction dite d'*acétone*), de façon qu'il s'agit, selon toute apparence, d'une auto-intoxication analogue jusqu'à un certain point à celle qu'on rencontre dans le coma diabétique (v. y.).

Parmi les *complications* il faut signaler surtout les symptômes qui se déclarent simultanément du côté de l'intestin. Communément il y a de la *constipation*, mais parfois aussi de la *diarrhée*. Le catarrhe en se propageant au duodénum développe souvent l'*ictère catarrhal*. — Sur la peau on voit quelquefois apparaître de l'*herpès*, manifestation qui plaide en faveur de la nature infectieuse de beaucoup de gastrites.

Le cours de la gastrite aiguë est toujours de peu de durée. D'ordinaire la guérison complète se montre après peu de jours.

**Traitement.** Si au début de la maladie on a des motifs de croire qu'il y a encore dans l'estomac de grandes quantités de matières non digérées, il y a indication de recourir à un vomitif qui sera souvent d'un effet avantageux. Veut-on éviter l'irritation que le vomitif exerce sur la muqueuse, on fera, pour provoquer le vomissement, une injection sous-cutanée d'*apomorphine* à 0,01.

Cependant, dans la plupart des cas, on vient à bout de la gastrite aiguë sans vomitif. Le traitement consiste alors surtout dans l'observation d'une *diète sévère* (potages mucilagineux, etc.). Parmi les moyens internes, l'*acide chlorhydrique* (10 à 15 g. d'acide chlorhydrique dilué dans un 1/2 verre à vin d'eau) semble parfois être utile, tandis que dans d'autres cas qui sont

marqués par de fréquentes régurgitations acides et des vomissements, les alcalins sont indiqués (bicarbonate de soude ou magnésie par prises sur la pointe du couteau). Les remèdes dits *stomachiques* et les amers (teinture amère de gentiane, de rhubarbe) sont aussi d'un usage habituel. Le *vomissement* est-il opiniâtre, des pilules de glace, de petites gorgées d'eau de Selters froide ou de minimes doses d'opium rendent les meilleurs services. Si la constipation est rebelle, un purgatif devient nécessaire (sels de Karlsbad, eau purgative, rhubarbe).

## CHAPITRE DEUXIÈME.

### CATARRHE CHRONIQUE DE L'ESTOMAC.

(Gastrite chronique. Dyspepsie chronique.)

**Étiologie.** Les influences nuisibles qui provoquent la gastrite aiguë, finissent en se répétant sans cesse par produire le catarrhe chronique de l'estomac. En première ligne il y a à signaler une *alimentation peu judicieuse et l'abus des alcooliques*, etc. Comme pour le catarrhe aigu, la prédisposition individuelle aux dérangements de l'estomac joue également un remarquable rôle en ce qui concerne le catarrhe chronique. Parfois même cette prédisposition semble être un héritage de famille. On voit en effet assez fréquemment que plusieurs membres d'une même famille ont l'« estomac faible ».

Indépendamment de ces gastrites primitives, on observe aussi le catarrhe chronique comme maladie *secondaire* venant compliquer d'autres affections. C'est ainsi que toutes les maladies accompagnées de stase dans le système-porte peuvent donner lieu à des catarrhes secondaires de l'estomac, comme la cirrhose du foie, la thrombose de la veine-porte, etc. Les catarrhes qui accompagnent les maladies chroniques du cœur et des poumons doivent également être envisagés à un certain point comme des catarrhes par stagnation.

**Anatomie pathologique.** Les lésions macroscopiques de la muqueuse de l'estomac sont peu considérables dans la plupart des gastrites chroniques. D'ordinaire la muqueuse est tapissée d'une couche de mucus visqueux, d'un blanc-grisâtre, renfermant des débris épithéliaux en plus ou moins grand nombre. La couleur de la muqueuse est rosée, parfois grise, à raison de l'abondance du pigment qui l'imprègne. Ces altérations sont presque toujours plus marquées dans la *partie pylorique* de l'estomac.

Si le catarrhe a duré longtemps, la muqueuse présente des lésions consécutives plus profondes. Très souvent elle paraît lisse et *atrophiee*. Les glan-



dules sont amincies et plus courtes, et le tissu conjonctif qui les sépare est augmenté. Dans d'autres cas au contraire il y a *hyperplasie de la muqueuse*. La surface de celle-ci est boursouflée et forme des bourrelets (*état mamelonné*). Cette hypertrophie intéresse de préférence la couche glanduleuse. Pourtant le tissu sous-muqueux offre aussi des épaissemens considérables.

**Symptômes.** Les *troubles de la digestion stomacale (dyspepsie)* qui se montrent chez tous les malades atteints de gastrite chronique, se résument dans les anomalies suivantes du fonctionnement physiologique de l'estomac.

Comme dans toute glande en saine activité, la sécrétion du suc gastrique normal est liée à l'intégrité de l'irrigation sanguine de la muqueuse de l'estomac. Dès lors il est facile à comprendre que le *trouble circulatoire* inséparable de toute inflammation, doit influer défavorablement sur la sécrétion du suc gastrique dans un estomac malade. Nous pouvons donc considérer dans les catarrhes par stagnation aussi bien que dans les gastrites primitives, l'*insuffisance de la sécrétion du suc gastrique* comme un élément d'une valeur capitale pour la production de la dyspepsie. Il est probable que la diminution de la pepsine ne joue ici qu'un rôle accessoire, parce que, partageant la propriété de tous les ferments, la plus petite quantité de pepsine suffit, quand les circonstances sont favorables, pour effectuer complètement la peptonisation des substances albuminoïdes. Ce qui semble donc avoir plus d'importance dans la gastrite chronique, c'est la *diminution* positivement et mainte fois constatée de l'*acide chlorhydrique* du suc gastrique, d'où résulteraient l'affaiblissement et une lenteur considérable des processus digestifs. Il est évident que s'il existe de l'atrophie de la muqueuse et spécialement de ses éléments glandulaires, les processus de sécrétion doivent être entravés à un degré plus élevé encore.

Les conséquences de cette digestion incomplète à défaut d'acide chlorhydrique ne tardent pas à se faire sentir par le travail de *fermentation et de transformation* qui s'empare des substances alimentaires échappées à l'action digestive. Ces processus de fermentation déterminent surtout la formation d'acide lactique, butyrique, acétique, d'alcool, etc. Toutes ces fermentations proviennent de ce que les *ferments* déglutis ne sont pas, comme dans les conditions normales, détruits et stérilisés par le suc gastrique, mais qu'ils trouvent dans les masses alimentaires qui ont stagné trop longtemps, les conditions les plus favorables au déploiement de leur activité. Les produits anormaux de cette fermentation agissent à leur tour sur la muqueuse comme agents d'irritation et entretiennent l'état catarrhal.

Une autre circonstance désavantageuse qui contribue à troubler l'élaboration digestive dans la gastrite chronique, c'est la *sécrétion exagérée de mucus*. Comme le mucus a une réaction *alcaline*, il aide à diminuer le

degré d'acidité du suc gastrique et en atténue la puissance digestive. De plus, rien qu'en s'accumulant d'une manière purement mécanique, les masses muqueuses exercent dans l'estomac une influence nuisible. Elles forment une enveloppe à tous les ingesta et empêchent par conséquent le suc gastrique d'agir sur le contenu du ventricule. Des restes d'aliments complètement enrobés de mucosités peuvent séjourner longtemps dans l'estomac sans être digérés.

Les *troubles de la motilité* qui affectent l'estomac dans le catarrhe chronique ont une plus grande importance encore. Le mouvement péristaltique normal, comme la plus simple réflexion le démontre, est une des conditions fondamentales d'une digestion parfaite. Grâce à ce mouvement, toutes les matières ingérées sont, l'une après l'autre et pour un temps suffisant, mises en rapport avec la muqueuse. C'est ainsi seulement que l'action digestive se répartit d'une manière uniforme, et que d'autre part, comme la physiologie l'enseigne, la muqueuse est incessamment sollicitée à sécréter au contact renouvelé des aliments qui ne sont pas encore digérés. Enfin les contractions péristaltiques président encore au transport indispensable des matières digérées de l'estomac dans l'intestin grêle et empêchent ainsi tout encombrement inutile.

Il est hors de doute que dans la gastrite chronique, le *mouvement péristaltique de l'estomac est considérablement entravé*. Cela tient en partie à une altération directe de la fibre musculaire. Dans toute inflammation un peu intense, la tunique musculuse s'œdématie et dès lors fonctionne moins facilement. En outre, quand les aliments s'accumulent en trop grande masse, cette tunique est tendue outre mesure et partant moins apte à remplir son office. Mais si l'altération directe du tissu musculaire énerve le péristaltisme de l'estomac, l'absence de l'excitant fonctionnel le paralyse beaucoup plus encore. Comme la physiologie nous l'apprend, c'est dans la composition normale du suc gastrique, et surtout dans la proportion d'acide qu'il renferme, que consiste le principal excitant des contractions péristaltiques. Toutes les causes donc qui d'une façon ou de l'autre modifient la quantité ou l'intégrité du suc gastrique, doivent par voie de conséquence entraîner un ralentissement de ces contractions. Les suites défavorables qui découlent de là sont évidentes par elles-mêmes. La digestion est en souffrance, le travail de décomposition à libre carrière, — somme toute, on est en présence de ce cercle vicieux dans lequel on tourne toujours quand il s'agit de la pathologie de la digestion.

Enfin, il reste à signaler les *troubles de la résorption* stomacale dans la gastrite chronique. Comme LUDWIG l'a démontré dans le laboratoire de Leipzig, une partie assez considérable des peptones formées dans l'estomac



est résorbée par les vaisseaux sanguins de cet organe même. A priori, il est donc très probable que le désordre de la circulation qui accompagne le travail inflammatoire doit mettre obstacle à la résorption des peptones. Le désavantage qui en résulte, c'est que les peptones qui sont restés dissoutes et non résorbées dans l'estomac, troublent et retardent, comme l'expérience l'a fait voir, la peptonisation ultérieure des substances albuminoïdes. L'arrêt du mouvement péristaltique, en favorisant la stagnation prolongée des peptones, agit dans le même sens. De plus, de nombreuses expériences semblent établir que la résorption est positivement activée par les mouvements péristaltiques normaux et que par conséquent la lenteur de ces mouvements doit entraver la résorption.

De cette façon nous avons appris à connaître une série de causes qui contribuent toutes à jeter le trouble dans les processus normaux de la digestion stomacale. Nous en avons parlé avec quelque détail parce qu'elles nous font comprendre, non seulement les désordres digestifs de la gastrite chronique, mais en même temps ceux de la plupart des autres maladies de l'estomac.

Si maintenant nous passons à la description particulière des *symptômes morbides* qui nous permettent de conclure à l'existence de la dyspepsie ou du catarrhe chronique de l'estomac, nous avons d'abord à mentionner la *perte de l'appétit*. Comme dans la plupart des affections de l'estomac, l'attrait pour les aliments diminue dans la gastrite chronique. Parfois il y a encore un peu d'appétence qui, après quelques bouchées, fait place à de la satiété. Dans d'autres cas, les malades ont de l'aversion pour toute nourriture quelconque, mangent à peine, et de préférence des mets piquants et fortement épicés. Parfois ils ont la bouche amère, fade ou éprouvent quelque autre saveur inaccoutumée ou désagréable.

La *région de l'estomac* est rarement exempte de toute sensation subjective. Les malades se plaignent en général d'un sentiment de plénitude, de pesanteur et d'une douleur sourde à l'épigastre. Ces sensations anormales sont tantôt continues et tantôt elles se déclarent après chaque repas.

L'*éructation gazeuse* est un symptôme très fréquent et très pénible. Il arrive souvent aussi qu'un liquide acide remonte dans la bouche (*régurgitation acide*). Les renvois gazeux sont formés en partie d'air atmosphérique, en partie de gaz anormaux produits dans l'estomac par les processus de décomposition. On y a démontré la présence de l'hydrogène, de l'acide carbonique et, dans quelques cas, de gaz inflammable (gaz des marais). L'irritation qui résulte de la régurgitation des matières aigres, développe souvent le long de l'œsophage un sentiment de brûlure qu'on a appelé « *pyrosis* ».

L'état nauséux porté au plus haut degré produit le *vomissement*. Le malade vomit presque toujours après les repas, soit immédiatement, soit une demi-heure ou quelques heures plus tard. La *matière vomie* se compose en majeure partie de débris alimentaires non digérés et surtout d'abondantes mucosités. La réaction du vomissement est parfois neutre, dans d'autres cas excessivement acide. Cette aigreur ne dépend pas toujours de la présence de l'acide chlorhydrique, mais tient à d'autres acides formés dans l'estomac par les processus de fermentation anormale, surtout l'acide acétique, l'acide lactique, les acides gras, etc. Cette réaction acide du contenu de l'estomac ne prouve pas en faveur de la puissance digestive du suc gastrique, puisque tous les acides que nous venons de nommer ont une action digestive de beaucoup inférieure à celle de l'acide chlorhydrique et que dans certaines circonstances même ils suspendent le travail de la digestion. Éventuellement de petites quantités de sang viennent se mêler au vomissement, sans qu'il faille y attacher une valeur sérieuse.

L'*examen microscopique* des matières vomies n'offre rien de caractéristique. On y trouve souvent des *bourgeons de levure* et des *sarcines* (fig. 34). Ces dernières d'ailleurs n'ont probablement aucun rapport avec les processus de fermentation anormale qui se passent dans l'estomac.

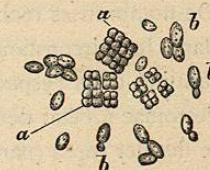


Fig. 34.

a) Sarcines de l'estomac.  
b) Bourgeons de la levure.

Le catarrhe chronique des buveurs se caractérise très souvent par une forme particulière de vomissement. C'est le vomissement bien connu du matin, le *vomitum matutinum potatorum* (bile d'eau). Le liquide vomi dans cette circonstance est d'une consistance aqueuse, a d'ordinaire une réaction alcaline et est probablement formé en partie de salive déglutie (v. p. 536).

L'*examen objectif* des malades atteints de gastrite chronique ne présente, outre les signes d'une dénutrition profonde (v. plus bas), rien de particulier. La *langue* est parfois saburrale, les bords et la pointe étant rosés d'aspect. Quelquefois le catarrhe chronique de l'estomac se complique d'une assez forte salivation.

L'*examen de la région de l'estomac* n'offre dans beaucoup de cas rien d'extraordinaire. L'estomac est souvent plus tendu que d'habitude et un peu sensible à la pression. Le gargouillement que la palpation y éveille, dénote communément un commencement de dilatation (v. plus loin).

#### Examen du contenu de l'estomac au moyen de la sonde stomacale.

Si l'exploration externe de l'estomac ne fournit le plus souvent que des renseignements incomplets, l'examen du contenu gastrique à l'aide de la



sonde présente une plus grande importance. Ce mode d'investigation introduit par LEUBE dans le diagnostic des maladies d'estomac, permet au moins de se rendre compte d'une quantité de processus qui accompagnent le travail digestif et d'acquiescer de cette manière des notions un peu plus nettes sur la nature des désordres en présence desquels on se trouve. Mais comme le sondage entraîne inmanquablement des désagréments pour le malade, on ne pourra pas y recourir indistinctement dans tous les cas qui s'offrent dans la pratique. Cependant dans toute maladie persistante de l'organe, l'examen par le cathéter s'impose d'autant plus qu'il procure plusieurs données précises, non seulement sous le rapport *diagnostique*, mais aussi au point de vue *thérapeutique*.

La première question à résoudre par le sondage (on donnera la préférence aux sondes molles de NÉLATON, munies à leur bout inférieur d'ouvertures en nombre suffisant) se rapporte à la *durée de la digestion stomacale*. De nombreuses recherches pratiquées sur l'homme sain ont démontré que, dans les circonstances ordinaires, le travail de la digestion gastrique est terminé dans l'espace de 6 à 7 heures au maximum, que par conséquent l'estomac à l'état de santé est presque entièrement vide 6 à 7 heures après le dernier repas (parfois même après 3 à 4 heures). Pour éclaircir ce point, en cas de maladie d'estomac, on procède d'ordinaire en faisant prendre au malade le matin à jeun ou à midi un soi-disant *repas d'essai*. Celui-ci consiste en viande (beefsteak préparé avec de la viande hachée) et pain blanc, ou seulement en pain blanc avec du thé. Six à sept heures après, on lave l'estomac à l'eau tiède. La digestion est-elle normale, l'eau de lavage revient presque claire et renferme tout au plus quelques flocons de mucus, tandis que, si la digestion est troublée, elle ramène en outre beaucoup de restes d'aliments. Ce dernier fait démontre positivement l'existence d'un désordre de la digestion ; au contraire, un estomac qui se désemplit assez rapidement fait preuve *le plus souvent* d'une digestion normale, quoique ce prompt passage des aliments puisse ne pas être exempt de certaines déviations du travail digestif.

Nous devons tâcher par conséquent d'arriver à des résultats encore plus précis en déterminant la *quantité du suc gastrique* et sa *force digestive*, et à cet effet la sonde stomacale va de nouveau être d'un indispensable secours. Les tentatives en vue d'obtenir du suc gastrique parfaitement pur et à son véritable degré de concentration n'ont à la vérité pas encore eu le succès voulu. Néanmoins la plupart des réactions peuvent être obtenues d'une manière satisfaisante en opérant sur l'ensemble du contenu gastrique, c'est-à-dire sur le suc gastrique mêlé aux parties alimentaires. Comme il importe naturellement de se procurer ce contenu au moment où la sécrétion du suc

gastrique est à son plus haut point, on introduira la sonde 1 à 1 ½ heure environ après le repas d'épreuve. En faisant tousser et en comprimant l'abdomen, on peut ordinairement faire refluer par la sonde une quantité suffisante de matière gastrique qu'on débarrasse par la filtration des restes d'aliments. Le produit obtenu est susceptible alors d'être essayé au point de vue de ses propriétés intimes. C'est seulement quand on ne peut rien ramener par la simple pression, qu'il faudra recourir à l'ingestion dans l'estomac d'une certaine quantité de liquide qu'on laisse écouler par la sonde disposée en siphon. En vue d'examiner la qualité du suc gastrique, on préfère généralement de faire prendre un déjeuner dit d'essai (pain et thé), parce que, sous l'influence d'un repas plus copieux, l'acide chlorhydrique excrété est immédiatement mis à contribution par l'abondance des matières albumineuses. La recherche de l'acide chlorhydrique *libre* est en ce cas négative, même quand l'estomac en renferme une grande quantité.

L'examen du suc gastrique qu'on s'est procuré ainsi porte, 1° sur la proportion d'*acides* et surtout de l'*acide chlorhydrique libre* qu'il contient, et 2° sur sa *force digestive*.

La *force digestive* du suc gastrique s'évalue en laissant séjourner dans le suc gastrique pendant 1 à 1 ½ heure à la température du corps une mince rondelle de blanc d'œuf concrété. Dans un suc gastrique de puissance normale, cette rondelle est complètement dissoute après ce laps de temps. Sous l'empire de conditions pathologiques, il faut au suc gastrique un intervalle beaucoup plus long pour opérer cette digestion ou bien il n'y parvient que grâce à l'addition de quelques gouttes d'acide chlorhydrique.

L'essai du suc gastrique au point de vue de sa *teneur en acide* a acquis une valeur considérable depuis les recherches multiples auxquelles on s'est livré au cours de ces dernières années. Et d'abord il s'agit de déterminer si le suc gastrique contient ou ne contient pas d'acide libre. Cela se fait de préférence avec une *solution de tropœoline*. Il suffit d'une faible quantité d'acide pour faire passer au rouge la couleur jaunâtre de la tropœoline. Pour découvrir les acides libres, on recommande également le *papier rouge de Congo* qui prend une coloration manifestement bleue sous l'influence d'une seule goutte du contenu gastrique acide. Ces deux réactions n'ont lieu qu'en présence d'un acide libre et ne se produisent pas sous l'influence de sels à réaction acide.

Étant admis que le suc gastrique renferme de l'acide en liberté, il importe alors de savoir si cet acide est de l'acide libre chlorhydrique ou de l'acide lactique. L'*acide chlorhydrique* est en tous cas de loin le plus important et absolument nécessaire au travail de la digestion, tandis que, généralement parlant, l'acide lactique n'est selon toute probabilité qu'un produit engendré



dans l'estomac aux dépens des aliments amylacés. Lors d'une digestion normale on ne trouve pendant la première demi-heure que de l'acide lactique dans le suc gastrique (« stade amylolytique » de la digestion stomacale). Puis l'acide chlorhydrique commence à apparaître à côté de l'acide lactique. Ce dernier ne tarde pas à disparaître et après une heure il n'y a en règle générale que de l'acide chlorhydrique, et plus d'acide lactique. Le moyen le plus sûr et le meilleur pour démontrer la présence de l'acide chlorhydrique libre c'est la *phloroglucine-vanilline* (GUNZBURG). On mêle quelques gouttes de la solution phloroglucine 2,0, vanilline 1,0 et alcool absolu 30,0 dans une capsule de porcelaine avec plusieurs gouttes du suc gastrique à examiner et on chauffe au-dessus de la flamme. S'il y a de l'acide chlorhydrique libre, on voit immédiatement se dessiner sur le bord du liquide chauffé une belle zone rouge. L'essai est très facile à faire et excessivement sensible. Une seconde réaction à laquelle on peut recourir pour découvrir l'acide chlorhydrique libre c'est celle qu'on obtient avec le *violet de méthyle*. Une solution de ce réactif additionnée d'un peu d'acide chlorhydrique vire du violet au bleu manifeste, tandis que l'acide lactique ne provoque pas ce changement de coloration. D'autre part, pour déceler immédiatement l'acide lactique, on se sert du *perchlorure de fer carbolisé*, préconisé par UFFELMAN. En ajoutant une goutte de liqueur de sesquichlorure de fer à une solution à 2 % d'acide carbolique, il naît aussitôt une coloration d'un bleu d'acier. Si le suc gastrique qu'on y mêle renferme de l'acide lactique, la coloration bleue se transforme instantanément en jaune.

En suite des recherches récentes de CAHN et de VON MEHRING, nous devons faire observer cependant que le *résultat négatif* des réactifs de l'acide chlorhydrique ne doit d'emblée pas être attribué à une *absence* totale d'acide chlorhydrique dans le suc gastrique. Aussi bien ces auteurs ont démontré la présence de l'acide chlorhydrique dans des sucs gastriques qui notamment ne réagissaient pas au violet de méthyle. Néanmoins, le défaut de *réaction*, lequel probablement peut tenir aussi à des combinaisons étrangères qui altèrent le suc gastrique, a de l'importance pratique, vu que cette réaction ne manque jamais dans une digestion saine.

Cette digression achevée, revenons aux circonstances qui accompagnent le *catarrhe chronique de l'estomac*, et disons que dans ces conditions, la digestion est fréquemment incomplète et d'une remarquable lenteur. Le suc gastrique renferme habituellement, il est vrai, de l'acide chlorhydrique libre, mais celui-ci est parfois manifestement diminué de quantité. Disons qu'il y a même des cas graves de catarrhe chronique dans lesquels la formation de l'acide chlorhydrique paraît presque entièrement faire défaut d'une manière persistante. Peut-être s'agit-il alors d'une *atrophie finale de la*

*muqueuse*. — La présence d'acides organiques anormaux dans le contenu de l'estomac (acide butyrique, acide acétique, etc.) indique souvent que l'organe est le siège d'un processus de fermentation anormale.

En ce qui concerne les troubles digestifs qui s'allient à une *augmentation de sécrétion* ou à un *excès d'acidité du suc gastrique*, on consultera l'appendice au présent chapitre.

#### Symptômes du côté des autres organes. Marche générale.

Parmi les *autres organes*, c'est le *canal intestinal* qui participe le plus fréquemment au catarrhe chronique. Quelquefois les maladies de l'intestin viennent se combiner avec les maladies de l'estomac. Dans presque tous les cas de gastrite chronique il existe de l'irrégularité dans les selles, tantôt une *constipation habituelle*, tantôt aussi de la diarrhée. Parfois aussi la surabondance des gaz de l'estomac passe dans l'intestin, de manière à produire du *météorisme* et de la *flatulence*. S'il se forme un catarrhe duodéal, l'*ictère* peut également se montrer.

L'*urine*, dans la gastrite chronique, présente assez fréquemment une réaction *acide* relativement faible. De là vient qu'il s'y forme souvent un abondant *dépôt de phosphates*. Cette acidité moindre de l'urine tient probablement, d'abord à ce qu'il se forme moins d'acide dans l'estomac, et puis aussi à ce que quelquefois il s'en perd beaucoup par les vomissements (v. plus bas le chapitre de la dilatation de l'estomac).

La relation qu'on a prétendu exister entre le catarrhe de l'estomac et certaines *affections chroniques de la peau* (notamment l'*eczéma*) n'est pas établie.

Le lien qui rattache à la gastrite chronique certains *désordres nerveux* est plus évident. Signalons d'abord l'influence que cette affection exerce sur le *moral*. Dans un grand nombre de cas, la gastrite chronique s'allie à un *état hypocondriaque* prononcé, plus ou moins intense. Ajoutons à cela d'autres manifestations névrosiques, comme la *céphalalgie*, le *vertige*, la  *paresse intellectuelle*, etc. qui sont assez fréquentes. Le rapport qui existe entre le vertige et beaucoup de cas de gastrite chronique (vertige stomacal, *vertigo e stomacho lesa*) est parfaitement connu. Très souvent ces symptômes peuvent être considérés comme des symptômes d'empoisonnement dus à la résorption de matières anormales produites dans l'estomac (v. plus haut, p. 562). Mais ce sont beaucoup plus fréquemment des épiphénomènes d'un état général neurasthénico-hypocondriaque (v. le chap. de la dyspepsie nerveuse).

Dans toutes les gastrites graves et de longue durée, la *nutrition générale* est sérieusement en souffrance. La réduction des aliments, le défaut de



digestion et de résorption des matières ingérées, amènent à la longue une *perte* considérable du poids du corps. La graisse et les muscles se fondent, la peau devient sèche, écailleuse et prend le plus souvent une teinte d'un blanc sale.

Le *tableau morbide* et la *marche générale* de la maladie se modifient d'après les cas. Les principaux symptômes mentionnés plus haut, l'anorexie, la pesanteur de l'estomac, les éructations, les vomissements, etc. se présentent avec une intensité variable et dans des combinaisons diverses. Dans les cas légers, l'inappétence et un peu de malaise local constituent souvent les seuls symptômes. Les vomissements fréquemment répétés n'appartiennent qu'aux cas graves. La *durée* de la maladie prend parfois des années, surtout quand les malades font peu de cas de leur personne. D'ordinaire la maladie offre des rémissions et des exacerbations fréquentes qui sont imputables aux conditions extérieures.

La maladie n'est pas mortelle par elle-même. Mais par l'affaiblissement général qu'elle entraîne, elle peut indirectement abrégier l'existence.

**Diagnostic.** Le diagnostic « catarrhe chronique » peut être affirmé dans tous les cas où l'estomac présente des symptômes de longue durée et où l'exploration ne relève aucun indice d'une autre maladie plus grave de cet organe (ulcère, cancer, dilatation) ou d'un organe différent. Ce dernier point qui consiste à *éliminer les affections hétérogènes*, réclame une attention spéciale. Les cas ne sont pas rares dans la pratique où à raison de quelques légers symptômes du côté de l'estomac, on diagnostique tout simplement un catarrhe chronique, et où un examen plus attentif et la marche ultérieure de la maladie viennent prouver qu'il s'agit de tout autre chose — d'une affection chronique du cœur ou du poumon, d'une néphrite chronique ou d'une des affections gastriques énumérées plus haut. On posera donc toujours en principe de ne formuler le diagnostic d'un catarrhe chronique qu'après que l'exploration approfondie de tout le corps ne révélera aucune autre affection à laquelle les symptômes gastriques existants puissent être rapportés. — Nous parlerons plus loin de l'important diagnostic différentiel entre le catarrhe chronique et la *dyspepsie dite nerveuse*.

**Traitement.** S'il est prouvé que la gastrite chronique est une *conséquence* d'une autre maladie (par exemple un catarrhe par stagnation dans une maladie chronique du cœur, du poumon et du foie) le traitement doit naturellement s'attaquer tout d'abord à l'affection fondamentale.

Le traitement de la *gastrite primitive* au contraire doit toujours commencer par *régler le régime-diététique* du malade. A rien ne sert de dire en général qu'on doit « prendre des précautions » et « éviter les mets indigestes ». Il faut prescrire au malade un régime alimentaire parfaitement

équilibré. A cet égard il n'y a pas de règle généralement applicable à tous les cas de catarrhe chronique. Dans chaque cas particulier, il faut consulter les circonstances individuelles. Il importe même de tenir compte de l'expérience personnelle des malades. L'un ne tolère nullement tel aliment qu'un autre supporte de préférence et réciproquement.

D'abord il faut strictement *défendre* un certain genre d'aliments, si déjà les malades n'ont renoncé par eux-mêmes à ceux qui leur sont nuisibles. Dans cette catégorie il faut classer en première ligne tous les mets grossiers qui exercent une action *mécanique* ou *chimique irritante* sur la muqueuse stomacale, et de ce nombre sont toutes sortes de gros légumes et de fruits riches en cellulose indigeste, les aliments fortement épicés, trop aigres ou salés à l'excès. Il faut encore compter parmi eux toutes les substances composées principalement de *carbures hydriques* (pomme de terre, farineux). Car ce sont les amylacés qui fournissent matière à tous les processus anormaux de fermentation dont nous venons de décrire les mauvais effets. Il faut défendre en outre tous les *aliments gras*. La graisse s'oppose à la digestion en empêchant mécaniquement le suc gastrique d'agir sur le contenu de l'estomac, et puis, en formant des acides gras, elle donne lieu aux rapports acides, au pyrosis, etc. Un point plus important, c'est la proscription de tous les *alcooliques*. Les recherches de FLEISCHER et d'autres ont démontré positivement que l'alcool, même en petite quantité, ralentit et entrave le travail digestif. Dans tous les cas graves, on respecte beaucoup plus une *défense absolue* que des conseils de modération, en ce qui touche l'usage de l'alcool. Enfin, il importe aussi d'interdire les aliments très *chauds* ou *glacés*.

Dans le choix des mets qu'on peut accorder au malade, il faut, comme nous l'avons dit, faire état de l'expérience personnelle des malades intelligents, autant que des indications que fournit la médecine. Beaucoup de malades atteints de gastrite chronique savent mieux eux-mêmes ce qui leur convient et ce qui leur est nuisible. Les aliments les plus faciles à digérer sont le lait, les œufs mollets et crus, les bouillons de viande et certaines préparations culinaires, surtout la solution de viande très recommandable de Leube-Rosenthal et les *peptones de viande* artificielles récemment introduites dans le commerce. Sont également de facile digestion la cervelle de veau, les ris de veau, la volaille (pigeon, poulet, perdreaux), la viande crue finement hachée ou le jambon cru. Peu à peu on passera à des mets un peu plus consistants : la chair de veau, le gibier, le roastbeef, les farines légères. Plus les symptômes morbides sont marqués dans un cas donné, plus on doit être sévère quant aux prescriptions diététiques. Comme *boisson*, en dehors de l'eau (Selters et eaux analogues), on se servira surtout