

de thé faible et de cacao dépouillé de graisse. En ce qui concerne le café, — un point souvent très important ! — l'expérience qu'en a fait le malade doit décider dans chaque cas. Il faut proscrire le gros pain noir. En place de cela on donnera du pain blanc (frais ou grillé) et du pain biscuité, mais pas en trop grande quantité.

Les mets solides doivent être finement divisés, et avalés après avoir été lentement et convenablement triturés. Il est parfois bon de prescrire de petits repas fréquemment répétés. Dans d'autres cas, au contraire, les malades ont meilleur appétit quand ils ont jeûné pendant quelque temps.

Outre le régime, il y a dans le traitement de la gastrite chronique à remplir encore une série d'indications spéciales.

Comme nous l'avons vu, le séjour trop prolongé de substances alimentaires non digérées dans l'estomac est une des circonstances qui contribuent le plus à entretenir les troubles de la digestion. Si l'on réussit à vider l'estomac à point nommé, on le délivre des produits anormaux de fermentation et de décomposition, de même que des mucosités nuisibles qui peuvent s'y être amassées. Cette dernière indication est le mieux remplie par le *traitement mécanique du catarrhe chronique à l'aide de la pompe stomacale*. Les résultats en sont extrêmement satisfaisants dans nombre de cas. Cependant, à raison des désagréments inséparables des lavages de l'estomac, il n'y a naturellement que les cas les plus graves et les plus rebelles qui se prêtent à ce mode de traitement, et surtout ceux dont l'examen minutieux du contenu gastrique (v. plus haut) aura révélé des processus anormaux de fermentation ou une stagnation excessivement prolongée des aliments ingérés. Nous entrerons au chapitre de la dilatation de l'estomac dans les détails concernant cette méthode et le procédé d'exécution.

Si maintenant nous passons aux *remèdes internes* usités dans le catarrhe chronique de l'estomac, nous pouvons, partout où le cas est assez grave pour entreprendre une analyse approfondie des processus digestifs, nous guider d'après des règles beaucoup plus judicieuses qu'autrefois. L'examen du contenu de l'estomac prouve-t-il que l'*acide chlorhydrique* est en moindre quantité, on pourra le remplacer artificiellement. On prescrira $\frac{1}{2}$ à 1 heure après le repas 10 à 15 gouttes d'acide chlorhydrique dilué dans un demi-verre d'eau. Il ne faut pourtant pas trop se promettre de ce remède. Cependant dans des cas appropriés il produit des effets utiles. Outre l'acide chlorhydrique, on pourra faire un essai avec la *pepsine* (pepsine allemande soluble, $\frac{1}{2}$ grm. après chaque repas) ou avec la *pancréatine*. Les vins de pepsine fréquemment employés ne sont pas recommandables par suite de leur richesse en alcool.

Indépendamment de l'acide chlorhydrique, on se sert depuis longtemps

et avec succès dans le catarrhe chronique de l'estomac, des sels *alcalins*. Nous connaissons le secret de leur action depuis seulement que nous savons que beaucoup de désordres digestifs sont associés à une *production surabondante d'acide* (v. l'appendice à ce chapitre). Cependant il est incontestable que les remèdes alcalins sont parfois efficaces dans d'autres cas encore. Cela tient certainement à ce que les alcalins contribuent à neutraliser les acides formés en excès, à ce qu'ils favorisent l'exonération du ventricule, à ce qu'ils exercent une action dissolvante sur les mucosités et finalement, comme l'expérience l'a établi, à ce que le carbonate de soude, le chlorure de sodium et l'acide carbonique excitent la sécrétion du suc gastrique. On sait que les alcalins se donnent de préférence sous forme d'*eaux minérales alcalines*. Les sources de *Karlsbad* jouissent de la plus grande faveur ; puis on cite *Ems, Kissingen, Tarasp, Vichy*, etc. comme des stations appropriées aux cures d'affections gastriques. Il est vrai qu'une bonne partie des résultats obtenus aux endroits susdits, est évidemment due à ce que les malades, quand ils font une cure déterminée, suivent un régime beaucoup plus sévère que chez eux.

Si la matière vomie ou le contenu de l'estomac indique qu'il s'y passe des processus de fermentation anormale, les *lavages* régulièrement faits sont ce qu'il y a de mieux. On pourra en outre essayer des *remèdes antifermementatifs* et en première ligne encore une fois l'*acide chlorhydrique* à plus grande dose, puis l'*acide salicylique* (poudre de 0,5), la *créosote* (2 à 3 pilules de 0,03 par jour), la *benzine* (20 gouttes dans du lait, etc.)

Parmi les médicaments propres à exciter directement la sécrétion gastrique, les *amers* occupent le premier rang. C'est pour ce motif qu'ils ont mérité le nom de « *stomachiques* ». La teinture amère, la teinture de gentiane, la teinture de calamus, la teinture de noix vomique, le quassia, le colombo, etc. sont principalement en usage, quoique leur action ne soit généralement pas très marquée. Un stomachique d'une valeur réelle en beaucoup de cas c'est l'*écorce de condurango* (décoct. 15,0 : 200,0, ou en poudres de 5 grammes, dont les malades se préparent eux-mêmes une à deux tasses de thé).

Il nous reste à citer encore quelques remèdes qui ont pour effet d'amener directement le catarrhe de la muqueuse gastrique et sont très recommandés par beaucoup de médecins. Leur efficacité est pourtant loin d'être établie. Nous voulons parler du *sousnitrate de bismuth*, du *sulfate de zinc* et du *nitrate d'argent* (v. recettes dans l'appendice).

Parmi les symptômes qui réclament parfois une médication spéciale, il faut signaler avant tout les *vomissements*. Ceux-ci cèdent d'ordinaire aux lavages régulièrement poursuivis. Au surplus, on peut les combattre par des

pilules de glace et de petites doses d'opium ou de chloral. Le bromure de potassium peut aussi être essayé.

Les *douleurs gastriques*, quand elles deviennent intenses, demandent l'emploi des narcotiques (eau de laurier-cerise avec de la morphine). Contre les fréquents *rappports acides*, on ordonne des prises de bicarbonate de soude ou de magnésie calcinée. On cherchera à remédier à l'*anorexie* par l'administration des amers susdits ou de petites doses de quinine. Si les malades se plaignent d'un *mauvais goût persistant dans la bouche*, on leur prescrira de se rincer fréquemment avec de l'eau de Selters, avec une légère solution phéniquée (1 %), avec de la teinture de myrrhe (environ 5 gouttes dans un verre d'eau), etc. Contre la *constipation habituelle* on aura recours aux lavements, aux différentes eaux purgatives, aux sels de Karlsbad, et dans les cas les plus rebelles, aux pilules de rhubarbe ou d'aloës. Qu'on n'oublie pas cependant que la constipation dans les affections de l'estomac n'est souvent que la conséquence de la restriction apportée au régime et que dès lors on ne doit pas prescrire les purgatifs sans nécessité. — On ordonne parfois les préparations ferrugineuses contre l'*anémie*. Cependant il faut en user avec prudence parce qu'elles sont souvent mal tolérées par les estomacs malades.

APPENDICE.

Suracidité et hypersécrétion du suc gastrique (dyspepsie acide).

Tandis qu'autrefois on croyait que dans la plupart des troubles dyspeptiques la sécrétion du suc gastrique et surtout la formation de l'acide chlorhydrique était diminuée, de nouvelles expériences (REICHMANN, RIEGEL, etc.) ont démontré que très souvent les désordres de la digestion sont marqués par une *augmentation de la production acide* et par une *hypersécrétion du suc gastrique*. On désigne sous le nom de *suracidité* l'état dans lequel on constate, au moment de la digestion, la présence d'une proportion excessivement élevée d'acide chlorhydrique (0,4 à 0,6 %) dans le contenu gastrique, et par *hypersécrétion* l'anomalie qui consiste en ce que, même en dehors du temps de la digestion, dans l'estomac à jeun, on trouve constamment une quantité plus ou moins considérable de suc gastrique fortement acide. La suracidité peut exister à l'exclusion de l'hypersécrétion, tandis que celle-ci est ordinairement liée à une abondante formation acide. Il est probable dès lors que l'hypersécrétion n'est qu'un degré plus avancé des processus qui aboutissent à la suracidité.

La *suracidité* est susceptible d'être démontrée rien que par la réaction particulièrement intense, caractéristique de l'acide chlorhydrique, que produit le violet de méthyle sur le contenu de l'estomac, extrait pendant la

période digestive. Pour préciser le diagnostic, il faudrait naturellement évaluer quantitativement la formule d'acidité. Il n'est pas difficile de reconnaître l'*hypersécrétion*. En portant la sonde dans un estomac à jeun, de préférence le matin de bonne heure, on remarque que l'organe n'est jamais complètement vide et qu'on peut toujours en retirer une quantité plus ou moins grande d'un liquide fortement acide, renfermant le plus souvent quelques débris alimentaires et qu'à raison de sa richesse en acide chlorhydrique et de sa faculté digestive, on reconnaît être du suc gastrique.

Quant aux *causes* de la suracidité et de l'hypersécrétion, on n'en connaît pas grand'chose. Peut-être sont-ce des excitations d'ordre nerveux ou certaines formes spéciales de catarrhe qui leur donnent naissance. Ce qui est certain, c'est que l'ulcère rond est très souvent associé à de la suracidité (v. plus bas).

Comme il a été dit, la production exagérée d'acide et de suc n'est pas rare du tout et conséquemment elle emporte une grande signification pratique. Elle constitue le point de départ d'états dyspeptiques assez sérieux qu'on comprend actuellement sous la désignation de *dyspepsie acide*. Les symptômes qu'accusent les malades de cette catégorie sont principalement de la *douleur* et des *régurgitations* fortement *acides* fréquemment accompagnées de *pyrosis*. Les douleurs ont d'ordinaire le caractère d'une brûlure, elles siègent surtout à l'épigastre, mais en s'irradiant ordinairement vers la région ombilicale. Elles se déclarent tantôt en dehors de la préhension d'aliments (hypersécrétion ?), tantôt 1 à 1 1/2 heure après les repas (suracidité ?). Les *régurgitations acides* coïncident le plus souvent avec la phase digestive. Les *vomissements* ne sont pas très fréquents, mais il peut s'en produire. Chez beaucoup de malades l'*appétit* laisse à désirer, chez d'autres il n'est pas notablement altéré. Ils se plaignent fréquemment d'une *soif* intense. L'état général se maintient parfois assez bien, ailleurs l'amaigrissement est considérable.

Quoique les susdits symptômes et avant tout les régurgitations acides ainsi que les douleurs brûlantes de l'estomac, éveillent à elles seules l'idée de la dyspepsie acide, le diagnostic n'en peut être affirmé qu'à la faveur du sondage. Nous avons indiqué plus haut les particularités qui s'y rattachent. Bornons-nous à dire encore que dans l'épreuve digestive, on constate d'ordinaire que l'albumine est assez bien *digérée*, mais que les *substances amylacées* le sont *très imparfaitement*. Cela peut tenir en grande partie à ce que l'excès d'acidité du suc gastrique neutralise l'action dissolvante de la salive dans l'estomac (EWALD et BOAS) ; il se peut encore que par suite de l'occlusion spasmodique du pylore le cheminement des aliments hors de l'estomac soit en partie entravé (RIEGEL).

Le *traitement* de la dyspepsie acide consiste principalement dans l'administration des *alcalins* (bicarbonate de soude, etc.) à dose assez grande, 5 grammes environ plusieurs fois par jour. L'usage des *eaux alcalines* (Karlsbad et autres) est parfois suivi d'un excellent résultat, surtout parce que la dilution du suc gastrique atténue l'action irritante des acides. De là vient que les malades se louent également du bon effet du thé chaud au moment des douleurs. Les malaises prennent-ils de l'intensité, les *lavages méthodiques* de l'estomac constituent toujours le remède le plus efficace. — Pour ce qui est du *régime* à prescrire, on permettra de la viande en quantité suffisante, tandis que les farineux, conformément à ce qui précède, ne doivent être accordés que sous toute réserve.

CHAPITRE TROISIÈME.

GASTRITE PHLEGMONEUSE.

(Inflammation suppurative de l'estomac.)

La gastrite phlegmoneuse est une maladie très rare et par suite assez peu connue. Dans la majorité des cas, on n'a pu lui assigner de *causes* spéciales. Quelquefois elle fait partie d'états pyémiques graves, de processus puerpéraux, etc.

On distingue une *inflammation suppurative circonscrite* (*l'abcès de l'estomac*) et une *gastrite purulente diffuse*. Le siège principal de la suppuration est presque toujours le tissu sous-muqueux. De là l'inflammation se transmet d'une part à la tunique musculuse et séreuse et de l'autre à la membrane muqueuse même.

Les *symptômes* consistent d'ordinaire en *manifestations gastriques* violentes (douleur, vomissements), en une *fièvre* intense et dans les *signes* d'une *infection générale* (céphalalgie, délire, prostration universelle, etc.). Plusieurs cas se terminent en peu de temps par la mort, d'autres suivent une *marche* plus *chronique*. Les cas isolés de guérison qu'on rapporte sont d'une interprétation douteuse.

Le *diagnostic* n'est jamais qu'une question de probabilité. Le *traitement* est purement symptomatique. On s'adressera de préférence à la glace *intus* et *extrà* et aux narcotiques.

CHAPITRE QUATRIÈME.

ULCÈRE DE L'ESTOMAC.

(Ulcère simple ou rond de l'estomac. Ulcère perforant. Gastrite ulcéreuse.)

Étiologie. Depuis la première description précise de l'ulcère de l'estomac par CRUVEILHIER, des hypothèses multiples ont été émises sur la pathogénie de cette affection, mais on n'est pas encore parvenu à se mettre complètement d'accord sur cette question. Un point seulement a rallié l'assentiment de la plupart des auteurs, c'est que l'ulcère rond est produit par l'*autodigestion de l'estomac* en un endroit circonscrit de sa surface. C'est pour ce motif qu'on le désigne souvent du nom d'« *ulcère peptique de l'estomac* ».

Le motif pour lequel l'estomac ne se digère pas constamment lui-même, c'est évidemment, abstraction faite de la force de résistance vitale inhérente aux cellules, que le sang dont la muqueuse gastrique est incessamment irriguée est de *réaction* alcaline. Conséquemment, dans tous les endroits de la muqueuse où naissent des troubles circulatoires, de quelque nature qu'ils soient, il s'opère immédiatement un travail d'autodigestion (1). Quand une inflammation, quelque peu intense, donne lieu à une extravasation sanguine limitée, à l'instant l'endroit où la circulation est suspendue, subit l'action digestive et il s'y forme une *érosion hémorragique*. D'autre part on a réussi, en provoquant l'oblitération embolique de petites artéoles de la muqueuse, à créer expérimentalement des infarctus hémorragiques suivis d'ulcération (PANUM, COHNHEIM). Mais, quant à préciser les conditions sous l'empire desquelles s'opère chez l'homme ce trouble circulatoire local qui entraîne la formation d'un ulcère rond, il n'y a guère place jusqu'ici que pour des hypothèses. VIRCHOW admit pour la plupart des cas une obstruction thrombotique ou embolique des petits vaisseaux, consécutive à divers états morbides de leurs parois. KLEBS crut à un spasme local des artéoles. BÖTTCHER, ayant découvert sur les bords d'ulcères gastriques de nombreuses colonies de micrococcus, les mit en relation étiologique avec l'ulcération. Comme nous l'avons dit, aucune de ces suppositions n'a pu se faire universellement accepter.

Dans beaucoup de cas, des *lésions locales de la muqueuse* (brûlures, injures mécaniques, coup sur la région épigastrique) peuvent avoir été le point de départ de l'ulcère. Pourtant cela n'explique pas pourquoi ce genre d'ulcère

1. A la mort, par suite de l'arrêt de la circulation, commence aussitôt l'autodigestion de l'estomac, qui est la cause du *ramollissement* qu'on trouve souvent à l'autopsie (*gastromalacie*). On a beaucoup discuté autrefois sur la genèse de celle-ci. Mais aujourd'hui il n'y a plus de doute qu'il s'agit toujours dans ce cas d'un *phénomène* purement *cadavérique*.