

gastriques ne sont pas encore à ce moment complètement amendés; dans la forme intense, au contraire, la fièvre se prolonge, en général, durant un septénaire, et c'est même cette circonstance qui a engagé plusieurs auteurs à décrire la maladie sous le nom de *fièvre gastrique* ou *fièvre rémittente gastrique*. Cette dénomination, qui implique une doctrine, n'est pas conciliable avec nos connaissances actuelles sur les altérations catarrhales en général, et sur la fièvre symptomatique qu'elles provoquent, lorsqu'elles atteignent une certaine intensité (1).

En résumé, apyrétique ou fébrile, le catarrhe gastrique léger (embarras gastrique) guérit dans l'espace de quatre à six jours, quelquefois même plus rapidement, par des évacuations spontanées ou provoquées; la guérison coïncide assez fréquemment avec une *éruption d'herpès* à la face, ou bien avec des *sueurs profuses*: c'est surtout lorsque les évacuations ont été peu abondantes que cette diaphorèse est observée. Il est notable que cette maladie si bénigne et si passagère laisse souvent à sa suite un état de faiblesse marqué, et dans tous les cas une susceptibilité gastrique des plus prononcées; l'appétit ne recouvre pas immédiatement sa vivacité ordinaire, certains aliments ne sont pas bien tolérés, et, sous peine de rechute, le régime exige une grande sollicitude. Cette situation peut se prolonger pendant huit à dix jours et même plus, de sorte qu'à vrai dire la convalescence est plus longue que la maladie.

La **forme intense** (*fièvre gastrique, synoque*) ne diffère de la précédente que par la vivacité des symptômes et par la durée de la fièvre, qui ne se termine guère avant le huitième ou le neuvième jour, si la maladie n'est pas traitée; mais le type du mouvement fébrile est le même, c'est-à-dire rémittent à ascension vespérale (voy. fig. 35 et 36). On peut observer des *épistaxis*, surtout chez les jeunes gens; et par exception on voit survenir, dès le troisième ou le quatrième jour, une éruption, rare ou abondante, de *taches d'un bleu ardoisé*, qui occupent ordinairement la paroi antérieure de l'abdomen, les flancs, la base de la poitrine, plus rarement les cuisses et le dos; ces taches ne sont pas effacées par la pression, elles ne font pas de saillie et elles disparaissent du sixième au huitième jour. On a dit que cette éruption est exclusivement propre au catarrhe gastrique intense; c'est une erreur: on la voit assez souvent dans la fièvre typhoïde, et je l'ai signalée au début de la fièvre palustre légitime. Les phénomènes

(1) LENTIN, *Momenta quædam generalia circa febris gastricæ distinctionem et medelam*. Göttingen, 1798. — RICHTER, *Darstellung des Wesens, der Erkenntniss und Behandlung der gastrischen Fieber*. Halle, 1812. — RAMBAUD, *Sur la fièvre dont le siège primitif est dans les organes gastriques*. Strasbourg, 1820. — LESSER, *Die Entzündung und Verschwärung de Schleimhaut des Verdauungskanales als selbständige Krankheit, Grundleiden vieler sogenannten Nervenfeber, Schleimfeber, etc.* Berlin, 1830.

MONNERET, *Pathologie générale et Pathologie interne*.

CATARRHE AIGU. — GASTRITE CATARRHALE AIGUË. 133  
gastriques ne sont pas encore à ce moment complètement amendés; dans la forme intense, au contraire, la fièvre se prolonge, en général, durant un septénaire, et c'est même cette circonstance qui a engagé plusieurs auteurs à décrire la maladie sous le nom de *fièvre gastrique* ou *fièvre rémittente gastrique*. Cette dénomination, qui implique une doctrine, n'est pas conciliable avec nos connaissances actuelles sur les altérations catarrhales en général, et sur la fièvre symptomatique qu'elles provoquent, lorsqu'elles atteignent une certaine intensité (1).  
En résumé, apyrétique ou fébrile, le catarrhe gastrique léger (embarras gastrique) guérit dans l'espace de quatre à six jours, quelquefois même plus rapidement, par des évacuations spontanées ou provoquées; la guérison coïncide assez fréquemment avec une *éruption d'herpès* à la face, ou bien avec des *sueurs profuses*: c'est surtout lorsque les évacuations ont été peu abondantes que cette diaphorèse est observée. Il est notable que cette maladie si bénigne et si passagère laisse souvent à sa suite un état de faiblesse marqué, et dans tous les cas une susceptibilité gastrique des plus prononcées; l'appétit ne recouvre pas immédiatement sa vivacité ordinaire, certains aliments ne sont pas bien tolérés, et, sous peine de rechute, le régime exige une grande sollicitude. Cette situation peut se prolonger pendant huit à dix jours et même plus, de sorte qu'à vrai dire la convalescence est plus longue que la maladie.  
La **forme intense** (*fièvre gastrique, synoque*) ne diffère de la précédente que par la vivacité des symptômes et par la durée de la fièvre, qui ne se termine guère avant le huitième ou le neuvième jour, si la maladie n'est pas traitée; mais le type du mouvement fébrile est le même, c'est-à-dire rémittent à ascension vespérale (voy. fig. 35 et 36). On peut observer des *épistaxis*, surtout chez les jeunes gens; et par exception on voit survenir, dès le troisième ou le quatrième jour, une éruption, rare ou abondante, de *taches d'un bleu ardoisé*, qui occupent ordinairement la paroi antérieure de l'abdomen, les flancs, la base de la poitrine, plus rarement les cuisses et le dos; ces taches ne sont pas effacées par la pression, elles ne font pas de saillie et elles disparaissent du sixième au huitième jour. On a dit que cette éruption est exclusivement propre au catarrhe gastrique intense; c'est une erreur: on la voit assez souvent dans la fièvre typhoïde, et je l'ai signalée au début de la fièvre palustre légitime. Les phénomènes



de gastricité sont semblables à ceux de l'embarras gastrique fébrile; je ne pourrais, sans redites inutiles, y insister davantage.

Le tableau clinique est souvent modifié, surtout dans les pays chauds et humides, par une hypersécrétion hépatique ou POLYCHOLIE, qui constitue l'ÉTAT BILIEUX (*fièvre gastrique bilieuse*). La fièvre est plus intense et plus franchement rémittente (voy. fig. 37 et 38); le pouls, au lieu d'être large, mou et indolent, est dur, vibrant, parfois dicrote; l'enduit de la langue est d'une couleur jaunâtre ou brune; le malade est incommodé par un goût de bile; les vomituritions et les vomissements de bile verte ou jaune sont fréquents; les conjonctives et les téguments sont le siège d'une légère suffusion jaunâtre que l'examen de l'urine permet de rapporter à la pénétration dans le sang des pigments biliaires (*ictère par polycholie*), et la constipation est moins ordinaire que dans la variété précédente; il y a souvent une *diarrhée bilieuse* provoquée par la surabondance de la bile versée dans le duodénum. Dans quelques cas, mais non toujours, l'hypochondre droit est un peu sensible à la pression, et l'on peut constater par la percussion une *légère intumescence du foie*. — Lorsque la maladie n'est pas traitée dès le début, elle dure plus longtemps que la forme simple; elle peut se prolonger pendant dix à quatorze jours. La convalescence est également plus longue, et les digestions se rétablissent lentement.

#### DIAGNOSTIC.

Du moment qu'il est fébrile, le catarrhe de l'estomac soulève un problème diagnostique dont les difficultés croissent en proportion directe de la durée de la fièvre. En raison de la période de malaise qui le précède, en raison de l'intensité de la fièvre et de la céphalalgie, le catarrhe gastrique peut être confondu avec la FIÈVRE TYPHOÏDE, et l'erreur dans un sens ou dans l'autre est fréquemment commise. On conseille, pour l'éviter, de tenir compte de l'éruption rosée, du gonflement de la rate et du catarrhe bronchique propres au typhus abdominal: ces signes différentiels sont, sans nul doute, excellents; mais, dans l'espèce, ils équivalent à une fin de non-recevoir, car ils n'apparaissent que vers la fin du premier septénaire, et, à ce moment, le diagnostic surgit forcément de la guérison ou de la persistance de la maladie. En fait, le meilleur caractère différentiel, ainsi que je l'ai établi ailleurs (1), est fourni par la marche de la fièvre; dès le premier ou le second jour du catarrhe, elle atteint un degré thermique supérieur à celui que présente à ce moment la fièvre typhoïde, et la rémission matinale, en revanche, est beaucoup plus marquée que dans cette

(1) Jaccoud, *Clinique médicale*. Paris, 1867; 2<sup>e</sup> édit., 1869.

Fig. 37. Catarrhe gastrique bilieux. — Homme de 22 ans.

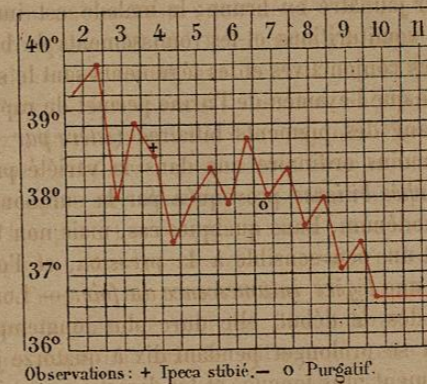
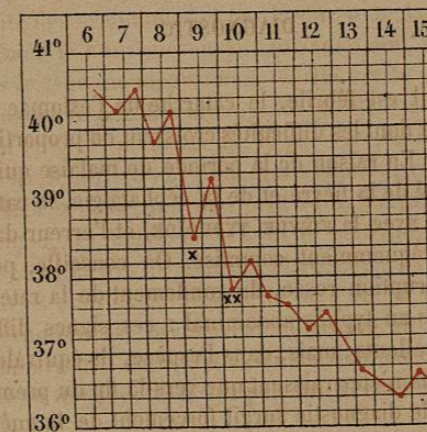


Fig. 38. Catarrhe gastrique bilieux. — Homme de 18 ans.



OBSERVATIONS x Apparition d'une teinte subictérique générale avec douleur vive au niveau du foie.  
 xx Teinte ictérique bien franche. La douleur hépatique est diminuée. Vomissements.



dernière affection. D'un autre côté, la première période du typhus est constituée par une série d'oscillations ascendantes qui conduisent régulièrement la fièvre à son acmé; il n'y a rien de pareil dans la fièvre du catarrhe, laquelle arrive dès les premiers jours à son maximum, et présente en outre une complète irrégularité, en ce sens qu'après un jour à exaspération faible ou nulle, on peut voir le lendemain une ascension égale à celle du début; enfin, la résolution a lieu par défervescence ou par lysis, et le début de la chute dans les cas prolongés est compris entre le cinquième et le septième jour. (Voy. les courbes.)

La fièvre typhoïde a, au septième ou au huitième jour, une rémission thermique notable; on évitera de prendre ce phénomène pour le commencement de la résolution d'un catarrhe gastrique, en tenant compte de sa date un peu reculée, de la nouvelle ascension qui le suit, et surtout de l'état général du malade, qui, à ce moment-là, présente au complet les symptômes de la pyrexie typhique. La rareté des épistaxis et la fréquence de la constipation dans le catarrhe gastrique sont des caractères différentiels auxiliaires et rien de plus; il n'en est pas de même de la suffusion ictérique propre à la forme bilieuse: ce phénomène est étranger au début de la fièvre typhoïde, et il assure le diagnostic. — En revanche, cette forme bilieuse pourrait être confondue avec l'ICTÈRE CATARRHAL produit par le catarrhe aigu des voies biliaires ou du duodénum; les troubles gastriques, les caractères de la fièvre sont les mêmes, mais l'ictère est un *ictère par rétention* et non plus par polycholie; la teinte jaune des téguments est beaucoup plus accusée, l'urine plus riche en pigments biliaires, et la constipation est la règle; les matières fécales, enfin, ont une couleur grisâtre ou argileuse, en raison de l'absence de bile dans les voies intestinales.

#### TRAITEMENT.

Le catarrhe gastrique aigu peut guérir par le repos, la diète, l'usage de boissons acidules et quelques laxatifs. Mais, cette méthode, séduisante par sa simplicité, a l'inconvénient de prolonger au maximum la durée de la maladie, sans compter que, dans certains cas, elle favorise le développement de l'état chronique; les cas apyrétiques très-légers doivent seuls être traités de la sorte. Dans toute autre circonstance, il faut recourir d'emblée à la médication vomitive: l'émétique, seul ou uni à l'ipécacuanha, est l'agent le plus efficace en raison des évacuations alvines qu'il provoque. À la suite de cette perturbation, la fièvre tombe ou diminue, la peau se couvre de sueur, le malade a quelques heures de sommeil calme, et souvent la guérison est dès lors complète. Il est toujours plus sage, cependant, de se conformer au précepte hippocratique, et de faire succéder au vomi-



tif, à douze ou vingt-quatre heures de distance, un purgatif salin. Après cela, le traitement devient purement hygiénique; on ne doit revenir que graduellement à l'alimentation ordinaire; il faut proscrire pendant quelque temps les légumes farineux, les graisses, les ragoûts, ne permettre en un mot que des mets de facile digestion; et si l'appétit tarde à se rétablir, on fera prendre quelque tisane amère (quinquina, centaurée, gémandrée, etc.), et, aux repas, on fera couper le vin avec une eau minérale apéritive telle que Condillac (eau acidule), Saint-Galmier ou Vals. Si le convalescent est faible ou anémique, on substituera à ces eaux celles de Bussang ou d'Orezza, et l'on conseillera l'usage du vin de quinquina, que l'on aura soin de faire prendre à la fin du repas, et non point à jeun.

## CHAPITRE II.

### CATARRHE CHRONIQUE DE L'ESTOMAC. — GASTRITE CATARRHALE CHRONIQUE.

#### GENÈSE ET ÉTIOLOGIE.

Maladie très-fréquente, surtout chez l'homme, le catarrhe chronique de l'estomac (1) prend naissance sous l'influence de conditions nombreuses qui peuvent être ramenées à quatre groupes :

(1) Synonymes : *Embarras gastrique chronique*; — *dyspepsie catarrhale*.

Voyez la bibliographie du chapitre précédent; en outre :

HILDEBRANDT, *Geschichte der Unreinigkeiten im Magen und den Gedärmen*. Braunschweig, 1789. — DAUBENTON, *Obs. on indigestion*. London, 1807. — PHILIPP, *A Treatise on indigestion*. London, 1821. — MASON GODD, *Study of Medicine*, I. London, 1822. — JOHNSON, *On the morbid sensibility of the stomach and the bowels*. London, 1825. — CULLEN, *Practice of Physic*. Edinburgh, 1827. — HIMMER, *Ueber die Verschleimung als Ursache vieler Krankheiten*. Dresden, 1828. — PARIS and TODD, in *Cyclopædia of prakt. Medicine*. London, 1832. — BOULLAUD, *Dict. en 15 vol.*, t. X. — HOHNBAUM, art. APEPSIE, in *Encyclop. Wörterb. der med. Wissens.*, III. — BERNDT, art. STATUS GASTRICUS, *eodem loco*, XIII. — DE CROZANT, *Thèse de Paris*, 1844. — FRERICHS, art. VERDAUUNG, in *Wagner's Handwörterbuch*. Braunschweig, 1846. — *Neue Zeitschr. für Med.*, 1849. — ARNOTT, *On indigestion; its pathology and treatment*. London, 1847. — BIDDER und SCHMIDT, *Die Verdauungssäfte und der Stoffwechsel*. Mitau und Leipzig, 1850. — VIRCHOW, *Dessen Archiv*, V. — ROSS, *Edinb. med. Journ.*, 1855. — CHOMEL, *Des dyspepsies*. Paris, 1857. — NONAT, *Traité des dyspepsies*. Paris, 1862. — GRAYES, *loc. cit.* — BAMBERGER, *loc. cit.* — HABERSHON, *Path. and pract. observ. on diseases of the abdomen*. London, 1862. — BOELL, *De la sarcine*, thèse de Strasbourg, 1862. — LEARED, *The causes of imperfect digestion*. London, 1863. — MOREAU, *Considér. gén. sur les*

### CATARRHE CHRONIQUE. — GASTRITE CATARRHALE CHRONIQUE. 137

I. Il succède au catarrhe aigu, ou bien se développe d'emblée sous l'influence des VICES D'ALIMENTATION et des FAUTES D'HYGIÈNE qui constituent l'étiologie de la forme aiguë. Deux circonstances doivent être particulièrement signalées en raison de leur extrême fréquence : c'est l'abus des spiritueux, surtout de l'eau-de-vie, et l'habitude des repas trop copieux.

II. L'état catarrhal persistant de la muqueuse gastrique est produit à la

*dyspepsies*, thèse de Paris, 1863. — GUIPON, *Traité de la dyspepsie*. Paris, 1864. — ERSTEIN, *Die polypösen Geschwülste des Magens* (*Virchow's Archiv*, 1864). — CORNIL, *Polypes muqueux de l'estomac* (*Gaz. hôp.*, 1864). — FONSSAGRIVES, RIPOLL, *Pneumatose gastro-intestinale* (*Bulletin thérap.*, 1866). — PIDOUX, DURAND-FARDEL, *Herpétisme et dyspepsies* (*Union méd.*, 1866). — BEAU, *Traité de la dyspepsie*. Paris, 1866. — HÉDOUIN, *Réflexions sur la dyspepsie*. Paris, 1866. — PENNETIER, *De la gastrite dans l'alcoolisme*, thèse de Paris, 1866. — CALOT, *Des rétrécissements intrinsèques du pylore*, thèse de Strasbourg, 1866. — CHAMBERS, *The indigestions, etc.* London, 1867. — FOX, *On the diagnosis and treatment of dyspepsia, etc.* London, 1867. — PAVY, *Treatise on the function of digestion, its disorders and their treatment*. London, 1867. — ULLERSPERGER, *Pathologie und Therapie der Dyspepsien* (*Oesterr. med. Jahrb.*, XXIII, 1868). — BOTTENTUIT, *Des gastrites chroniques*. Paris, 1869. — GRIMAUD, *De l'embarras gastrique chronique et de ses rapports avec la congestion cérébrale*. Paris, 1870.

KUSSMAUL, *Ueber die Behandlung der Magenerweiterung durch eine neue Methode* (*Deuts. Arch. f. klin. Med.*, 1869). — WIESNER, *Ueber die Behandlung der Ektasie des Magens mittelst der Magenpumpe* (*Berlin. klin. Wochens.*, 1870). — WILLIÈME, *Des dyspepsies dites essentielles*. Bruxelles, 1869. — MILLER, *Dyspepsia, etc.* New-York, 1871. — EKWURZEL, *Gastritis with singultus* (*Philad. med. and surg. Reporter*, 1871). — MAC CULLOCH, *Même sujet* (*Eodem loco*, 1871). — ROCKWELL, *Electrization in the treatment of the diseases of the organs of digestion* (*New-York med. Gaz.*, 1871). — BERGERET, *Contributions à l'étude de la gastrite cryptogamique; sarcines; merismopoedia ventriculi de Ch. Robin* (*Lyon méd.*, 1870).

GALLARD, *Troubles digestifs dus à l'alcoolisme* (*Union méd.*, 1869). — CHAMBERS, *The indigestion or diseases of the digestive organs functionally treated*. Philadelphia, 1870. — LEARED, *Imperfect digestion; its causes and treatment*. London, 1870. — WAGNER, *Ueber die Percussion des Magens nach Auftreibung mit Kohlensäure. Ein Beitrag zur Anatomie und physikalischen Diagnostik*. Marburg, 1870.

AFFLECK, *On the treatment of dilatation of the stomach by the method of Kussmaul* (*Edinb. med. Journ.*, 1872). — REICH, *Zur Localtherapie des Magens* (*Deutsche Klinik*, 1872). — ZIEMSEN, *Zur Technik der Localtherapie des Magens* (*Deutsch. Arch. f. klin. Med.*, 1872). — SCHLIEP, *On the stomach-pump in the treatment of chronic gastric catarrh and dilatation* (*The Lancet*, 1872). — WALD, *Ueber Magen-Ektasie*. Berlin, 1872. — BERG, *Ueber chronischen Magenkatarrh und dessen Heilung*. Berlin, 1872. — HILTON FAGGE, *On acute dilatation of the stomach* (*Guy's Hosp. Reports*, 1873). — WINTERNITZ und BAUM, *Die Magenerweiterung* (*Wien. med. Presse*, 1873). — LEUBE, *Ueber die Therapie der Magenkrankheiten* (*Volkmann's Klinische Vorträge*, 1873). — BIEDERT, *Eine vereinfachte Methode den Magen auszuspielen* (*Berlin. klin. Wochen.*, 1873). — WILSON FOX, *The diseases of the stomach*. Macmillan, 1873. — REVILLOUT, *Les affections de*