

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. hóp.*, 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 auszuspülen* (*Berlin. klin. Wochen.*, 1873). — WILSON FOX, *The diseases of the stomach*. Macmillan, 1873. — REVILLOUT, *Les affections de*

longue par la STASE VEINEUSE; la circulation en retour de l'estomac étant tributaire de la veine porte, toutes les maladies qui apportent une entrave durable au cours du sang dans ce vaisseau sont des causes efficaces de catarrhe stomacal chronique. La sclérose hépatique, les tumeurs situées au niveau du hile du foie, le provoquent en agissant directement sur la veine porte; la sclérose et l'emphysème du poumon, les lésions du cœur droit, celles de l'orifice mitral, ont le même résultat par une voie détournée : elles ralentissent le cours du sang porte en gênant d'abord la circulation dans la veine cave inférieure. Il va sans dire que, dans ce cas, le catarrhe est étendu à toute la muqueuse gastro-intestinale. La stase veineuse peut également être produite par l'état variqueux, partiel ou général, du système porte; cette altération, dont j'ai déjà observé quelques exemples, coïncide souvent, mais non toujours, avec la présence de varices hémorroïdaires; elle est la base anatomique positive du complexe pathologique si fort en honneur chez nos devanciers, sous les noms de dyscrasie veineuse, veinosité abdominale; et, tout en reconnaissant que, sous l'influence de la théorie, ils avaient grandement exagéré et la fréquence et l'importance de cet état, il faut pourtant en admettre la réalité, et apprendre à compter avec les manifestations qu'il provoque : or le catarrhe gastrique ou gastro-intestinal chronique en est une des plus ordinaires. C'est chez les gros mangeurs à vie sédentaire, chez les gouteux obèses, chez les hémorroïdaires, chez les polysarciques, que j'ai rencontré cette forme de la maladie.

III. Le catarrhe chronique est souvent sous la dépendance d'une MALADIE CONSTITUTIONNELLE. La tuberculose tient le premier rang pour la fréquence; vient ensuite le mal de Bright; lorsque l'urée diminue notablement dans l'urine, elle est transformée dans le tube digestif en produits ammoniacaux, elle irrite la muqueuse (Treitz) et donne lieu à un catarrhe persistant, signe précurseur de l'urémie.

IV. Enfin, un catarrhe chronique plus ou moins étendu accompagne le cancer et les autres lésions organiques de l'estomac.

*L'estomac et leur diagnostic différentiel (Gaz. hóp., 1874).* — BIERMER, *Ueber Magenerweiterung und deren Therapie mittelst der Auswaschungsmethode (Corresp. Bl. f. Schweizer Aerzte, 1874).* — TOSSWILL, *An improved stomach pump (Brit. med. Journ., 1874).* — SCHLIEP, *Zur Behandlung mit der Magenpumpe (Deutsch. Arch. f. klin. Med., 1874).* — REICH, *Zur Localtherapie des Magens (Eodem loco, 1874).* — EWALD, *Ueber Magengährung und Bildung von Magengasen mit gelb brennender Flamme (Arch. f. Anat. und Physiol., 1874).* — SCHULTZE, *Ueber die Bildung brennbarer Gase im Magen (Berlin. klin. Wochen., 1874).* — PENZOLDT, *Die Magenerweiterung. Erlangen, 1875.*

## ANATOMIE PATHOLOGIQUE.

Les lésions occupent une étendue variable, mais c'est dans la région du pylore qu'elles sont le plus prononcées. La MUQUEUSE, épaissie et résistante, est tantôt d'un rouge plus ou moins vif en rapport avec une hyperémie récente, tantôt elle est grise ardoisée ou même noirâtre par places : cette coloration, qui ne disparaît pas par le lavage, résulte de petites hémorragies intramembraneuses et de la métamorphose de l'hématine en pigments; la surface malade est recouverte d'un enduit qui est transparent et purement muqueux, ou bien gris blanchâtre et puriforme. L'hyperémie n'est pas caractérisée par une injection fine et délicate; elle dessine des rameaux vasculaires arborescents d'un certain volume, et, dans les cas où le catarrhe a été produit par stase, on peut observer de véritables varicosités qui s'étendent jusqu'à l'œsophage et à l'intestin. — L'épaississement de la muqueuse ne résulte pas seulement de l'accroissement des vaisseaux, il est dû à une hypertrophie du tissu, et comme celle-ci n'est ni régulière ni uniforme, elle donne à la surface de la membrane un aspect inégal; elle présente des saillies circonscrites qui alternent avec des enfoncements proportionnels : c'est l'état mamelonné de Louis. La genèse de cet état mamelonné n'est pas toujours la même : le plus souvent il résulte de l'accroissement anormal de quelques groupes glandulaires et du tissu interstitiel; dans d'autres cas, il est produit par de petits dépôts graisseux dans la couche sous-muqueuse, ou par le développement de follicules clos serrés les uns contre les autres (Frerichs); selon Budd, il peut avoir simplement pour cause la distension des glandes par le produit de sécrétion qui y est retenu; enfin, d'après Förster, il serait dû assez fréquemment à l'hypertrophie des villosités. Cette dernière opinion n'est acceptable que pour les cas où l'état mamelonné occupe la région pylorique, puisque c'est là seulement qu'il y a des villosités entourant les orifices des glandes à pepsine.

Il est assez rare que les altérations soient bornées à la muqueuse. Quand la maladie est ancienne, le tissu sous-muqueux et intermusculaire est épaissi, les tuniques contractiles sont également hypertrophiées, et la paroi de l'estomac, devenue résistante et comme lardacée, présente à la coupe une surface striée sur laquelle on distingue très-bien les éléments musculaires d'un rouge brun, et les faisceaux blancs de tissu conjonctif parallèlement dirigés d'avant en arrière. Quand ces lésions secondaires siègent au pylore, elles produisent le rétrécissement de l'orifice et, par suite, une dilatation du ventricule proportionnelle au degré de la sténose. — Dans quelques cas cet épaississement par hypertrophie et hyperplasie n'est pas régulier, il se manifeste par des excroissances polypiformes qui

soulèvent la muqueuse (Reinhardt, Oppolzer), et si ces petites tumeurs occupent le canal pylorique, elles peuvent en amener l'oblitération complète. Förster a signalé, dans les cas anciens, certaines altérations glandulaires de grande importance en elles-mêmes et pour l'interprétation des symptômes : c'est la *dégénération des cellules dans les glandes à suc gastrique*, c'est la *transformation kystique* ou *graisseuse* dans les autres glandes.

## SYMPTOMES ET MARCHE.

A moins qu'il ne succède à une attaque aiguë, le catarrhe chronique a un début lent, difficile à préciser, et cela parce qu'il est *apyrétique*; en fait, quelques phénomènes locaux et des troubles digestifs constituent pendant longtemps toute la symptomatologie. Il se peut que la perturbation des opérations gastriques retentisse sur la nutrition générale et sur les fonctions des autres appareils; mais ces effets secondaires sont toujours tardifs, et jusque-là le catarrhe est, à vrai dire, une indisposition plutôt qu'une maladie; les individus qui en sont affectés ne sont pas alités, ils ne sont pas même enlevés à la vie commune, ni à leurs occupations habituelles.

Dans l'état de vacuité, la SENSIBILITÉ de l'estomac peut être normale, mais l'ingestion des aliments détermine une *sensation de plénitude*, de pression pénible, plus rarement une *douleur* véritable; cette douleur est quelquefois réveillée par la pression aussi bien que par la digestion; mais elle est en tout cas sourde, de médiocre intensité, et en somme fort tolérable. Les douleurs vraiment aiguës, brûlantes, lancinantes ou térébrantes, appartiennent à la névralgie et aux lésions organiques ou ulcéreuses. Il n'est pas rare de constater, à l'égard du symptôme douleur, cette *idiosyncrasie* remarquable que nous aurons à signaler à propos des troubles digestifs; tous les aliments ne le provoquent pas au même degré, mais cette relation est purement individuelle: l'étude d'un fait est stérile pour le prochain; c'est le malade lui-même qui doit acquérir par l'expérience la notion des mets et des substances qui lui sont particulièrement nuisibles ou favorables. — Avec le malaise et la douleur qui suit le repas, il y a généralement un SOULÈVEMENT DE LA RÉGION ÉPIGASTRIQUE qui persiste pendant deux, trois, quatre heures ou même plus, suivant le temps nécessaire pour la digestion stomacale, puis s'efface peu à peu, à mesure que les aliments, plus ou moins bien élaborés, passent dans le duodénum. Cette distension est la conséquence d'une *formation anormale de gaz*, laquelle résulte, comme dans le catarrhe aigu, de la décomposition des ingesta; cette dernière, nous l'avons vu, est provoquée par le défaut d'acidité du suc gastrique et par le mucus agissant comme ferment. Au début de

la maladie, il n'est pas vraisemblable que le gonflement ait une autre cause que la précédente; mais quand les accidents ont déjà une certaine durée, il y a lieu de compter avec la loi de Stokes touchant les muscles subjacents aux muqueuses irritées, et l'on est autorisé à attribuer au *ralentissement*, à *l'insuffisance des mouvements musculaires* l'arrêt trop prolongé des matières dans l'estomac. Niemeyer rapporte cette inertie à l'infiltration séreuse des muscles. L'a-t-il constatée? n'est-ce qu'une explication hypothétique? Je l'ignore. Ce qui est certain, c'est que plus les aliments séjournent dans l'estomac, plus la décomposition en peut être complète, plus l'accumulation de gaz est considérable; ces éléments s'enchaînent en un cercle vicieux, car la distension gazeuse, si elle est forte, a elle-même pour effet de gêner mécaniquement l'action des muscles.

Alors même que ces symptômes ne sont pas aussi prononcés, le malade est contraint, après le repas, de relâcher ses vêtements, sinon le développement de l'estomac a lieu par en haut aux dépens du diaphragme, et il survient aussitôt des *palpitations* qui durent aussi longtemps que la digestion stomacale, et dont on méconnaît fréquemment la cause. Bien qu'il prenne la précaution de se délivrer de tout lien, le malade est lourd, mal en train; il se sent les membres brisés; il est fatigué de *bâillements* répétés; enfin il a des *éructations* qui ramènent souvent dans la bouche une petite portion des liquides contenus dans l'estomac: ces *régurgitations*, toujours fort désagréables, sont simplement fades ou amères, ou bien elles doivent à la présence des acides anormalement formés dans le ventricule des propriétés irritantes telles qu'elles provoquent, en passant dans le pharynx, une véritable sensation de brûlure (*pyrosis*). Une fois la digestion gastrique achevée tant bien que mal, tout rentre dans l'ordre, s'il n'y a pas de complication intestinale; il ne reste qu'un sentiment passager de fatigue. Ce paroxysme, que ramène chaque digestion, est quelquefois caractérisé d'une façon plus trompeuse; il y a bien de la distension et de la pesanteur gastriques, mais les phénomènes de CONGESTION CÉPHALIQUE sont dominants. La face est rouge, vultueuse; il y a de la céphalalgie, une tendance quasi invincible au sommeil; la respiration, plutôt ralentie, est suspicieuse; les battements du cœur sont plus fréquents, mais l'organe frappe lourdement et fortement la poitrine; quelques individus ont réellement alors un petit accès fébrile. Ces symptômes, qu'on peut rapporter d'une part à la *distension mécanique* de l'estomac, d'autre part à l'*excitation centripète des pneumogastriques*, se dissipent à mesure que la digestion progresse; mais, une fois apparus, ils reviennent imperturbablement à chaque repas, quelque légère que soit l'alimentation. Ils méritent toute l'attention du médecin, parce qu'ils sont la source d'une indication thérapeutique spéciale.

Le VOMISSEMENT est loin d'être constant; il convient d'ailleurs d'en dis-

tinguer au moins trois variétés. Le *vomissement alimentaire*, qui a lieu immédiatement après le repas, ou bien une ou deux heures après, et qui est dû à l'insuffisance de l'action du suc gastrique sur les matières azotées, est le plus rare de tous. A ce point de vue, le catarrhe diffère des autres maladies chroniques de l'estomac : les matières vomies sont mêlées à d'abondantes mucosités; elles sont plus ou moins modifiées, mais elles ne le sont pas dans le sens de la digestion physiologique; elles doivent à la présence anormale de l'acide butyrique une odeur et un goût désagréables et pénétrants, et quelquefois, *mais bien plus rarement que dans le cancer*, elles contiennent les végétaux microscopiques connus sous le nom de sarcine (*Sarcina ventriculi*). Le retour de ce vomissement ne présente aucune régularité; il peut persister plusieurs jours de suite, à chaque tentative d'alimentation. Le fait n'est pas très-rare lorsque la maladie succède à un état aigu ou lorsqu'elle est produite par l'ingestion de substances altérées ou irritantes; ou bien le rejet des matières n'a lieu que de temps à autre, sans qu'il soit possible de saisir aucune relation précise entre la nature de l'alimentation et l'intolérance de l'estomac. Tant que les lésions n'ont produit ni rétrécissement pylorique ni dilatation permanente de l'organe, le vomissement est normal chronologiquement parlant, il rejette les matières qui ont été ingérées les dernières; on ne voit pas, comme dans le cancer, les malades vomir des substances provenant de repas plus anciens. Mais du moment que les conditions anatomiques produisent l'accumulation durable des aliments, les vomissements peuvent retarder aussi bien dans le catarrhe que dans le cancer.

Les *vomissements non alimentaires* sont plus fréquents; ils rejettent tantôt des matières visqueuses, cohérentes, disposées en longs filaments; tantôt un liquide abondant, aqueux, transparent et incolore, ou légèrement teinté de jaune (*pituite, gastrorrhée*). Les recherches de mon savant ami Frerichs ont établi que les matières visqueuses résultent de la transformation anormale des matières hydrocarbonées: en l'état de santé, l'estomac laisse ces substances dans les conditions transitoires qui résultent de l'action de la salive; dans le catarrhe chronique, il agit sur elles par suite de l'altération du milieu, et produit cette masse d'apparence gommeuse que l'on voit se former parfois en dehors de l'organisme, à l'occasion de la fermentation lactique. Les vomissements de ce genre sont difficiles; ils sont accompagnés de nausées et d'efforts très-pénibles. — Les vomissements pituiteux sont composés accessoirement de mucus, et principalement du liquide dont j'ai indiqué les caractères; les observations de Frerichs ont démontré que ce liquide a la même composition fondamentale que la salive, et comme l'*augmentation de la sécrétion salivaire* est un symptôme constant du catarrhe chronique, on doit admettre que ce vomissement est formé de la salive avalée par le malade, principalement pendant la nuit. Cette interprétation, qui ressort des analyses citées, est

surtout applicable au catarrhe chronique des buveurs, ou CATARRHE ALCOOLIQUE; ici le vomissement est toujours *pituiteux*, et il a toujours lieu *le matin à jeun*. Ces phénomènes sont tellement constants qu'ils caractérisent nettement cette forme étiologique.

Dans les catarrhes chroniques compliqués de dilatation permanente de l'estomac, les vomissements renferment très-communément et en abondance les végétaux connus sous le nom de SARCINES (*sarcina ventriculi* de Goodsir, — *merismopædia ventriculi* de Ch. Robin). Ces produits se présentent au microscope sous forme de plaques ayant de 0<sup>mm</sup>,030 à 0<sup>mm</sup>,050 de longueur sur 0<sup>mm</sup>,016 à 0<sup>mm</sup>,020 de largeur, de couleur brune très-claire; ces plaques sont cubiques ou prismatiques, et composées de huit, seize ou soixante-quatre cellules, dont chaque face est partagée en quatre saillies (*frustules* de Goodsir) (1).

L'APPÉTIT est toujours diminué : à peine le malade a-t-il commencé à manger qu'il a le sentiment de la satiété; souvent aussi le souvenir des souffrances qu'il endure pendant la digestion l'éloigne de toute alimentation substantielle; dans d'autres cas, il y a un véritable dégoût, à ce point que la pensée seule des mets provoque des nausées. Dans les cas ordinaires, il est rare que l'appétit soit également diminué par toutes les substances; tandis que l'anorexie est à peu près absolue à l'égard des matières animales, il y a une appétence, anormale par sa vivacité, à l'endroit des acides, des fruits et des végétaux frais. En revanche, on n'observe pas les dépravations bizarres si fréquentes dans la névralgie de l'estomac.

La langue peut rester nette, mais le plus ordinairement elle est recouverte de l'enduit propre au *catarrhe buccal*; elle est large, étalée, les papilles semblent grossies, et le malade accuse, surtout le matin, diverses altérations du goût. — Les FONCTIONS DE L'INTESTIN sont nécessairement troublées, mais le désordre se manifeste avec une rapidité variable : on observe tantôt une *constipation* opiniâtre avec *flatulence*, résultant de l'inertie des muscles intestinaux, tantôt une *diarrhée* provoquée par l'irritation qu'exercent sur la muqueuse les matières mal élaborées qui arrivent de l'estomac, ou bien simplement par l'accumulation prolongée des fèces; la diarrhée, fort salutaire dans ce cas, est souvent qualifiée de *débâcle*. De même que dans la forme aiguë, le catarrhe intestinal peut gagner le canal cholédoque, et déterminer par rétention un *ictère* de durée variable.

La persistance de cet état finit par altérer la santé générale, et l'on voit survenir un ensemble de phénomènes nouveaux que l'on peut envisager comme formant la période secondaire du catarrhe chronique de l'estomac. La perte des forces, l'amaigrissement, la dépression psychique,

(1) ROBIN, *Diction. de Nysten*.

sont les traits caractéristiques de cette phase. L'AMAIGRISSEMENT est lent, mais continu, tant que la maladie ne s'améliore pas; il résulte de conditions multiples, la diminution de l'alimentation, l'insuffisance de la chymification, et l'insuffisance de l'absorption gastrique par suite de la couche de mucus qui tapisse la muqueuse. — La DÉPRESSION PSYCHIQUE est manifestée par l'apathie intellectuelle et un découragement moral voisin de la mélancolie, et par la méditation malade du patient sur lui-même, par l'hypochondrie. Cet état est la suite de la mauvaise nutrition des cellules nerveuses, laquelle a pour conséquence la diminution et l'épuisement rapide de l'excitabilité. — Quelques observateurs, Beau entre autres, ont assigné au catarrhe chronique une troisième période qui serait constituée par des lésions organiques viscérales (tubercules, cancer) résultant, elles aussi, de l'altération générale de la nutrition. Cette relation pathogénique n'est pas nettement établie, et je ne vois pas trop comment elle pourrait l'être, puisque le catarrhe gastrique est un des effets les plus précoces et les plus constants de la tuberculose pulmonaire et du cancer de l'estomac. Les choses étant ainsi, il devient fort difficile de prouver que, dans un cas donné, le catarrhe gastrique a été la cause et non l'effet de la maladie organique.

Ce qui est bien certain, en revanche, c'est que, dans les cas anciens, l'EXAMEN DE LA RÉGION ÉPIGASTRIQUE peut fournir des résultats qui sont de nature à embarrasser singulièrement le diagnostic. Lorsque les lésions secondaires des tissus sous-muqueux (gastrite interstitielle, cirrhose de Brinton) ont amené le RÉTRÉCISSEMENT DU PYLORE, on constate par la percussion, et même simplement par la vue, une dilatation considérable de l'estomac, des vomissements alimentaires qui reviennent invariablement lorsque les limites de la dilatabilité sont atteintes, et par une palpation attentive on peut, en outre, découvrir des indurations diffuses ou limitées, de sorte que la ressemblance est grande avec le cancer. En traitant du diagnostic, j'indiquerai les signes différentiels, mais j'appelle sérieusement l'attention sur ces symptômes tardifs du catarrhe chronique; il ne faut jamais perdre de vue les propositions suivantes : *Ce n'est pas seulement dans le cancer qu'on observe les signes d'un rétrécissement permanent du pylore. — Ce n'est pas seulement dans le cancer qu'on découvre à la région épigastrique des indurations diffuses ou des nodosités circonscrites.*

Les malades affectés de dilatation chronique de l'estomac rendent parfois par érucation des gaz inflammables; les observations de Friedreich, d'Ewald, de Schultze sont à cet égard on ne peut plus probantes. Dans le fait d'Ewald, l'analyse des gaz par Rupstein a démontré pour la première fois la présence de l'hydrogène carboné.

La marche de la maladie est chronique; elle dure des mois, des années, mais elle n'est pas absolument continue; elle présente de nombreuses

oscillations en bien et en mal, et ces variétés de durée et d'allure sont en grande partie subordonnées au traitement ainsi qu'à l'obéissance et à la sagesse des malades. — Les terminaisons sont la GUÉRISON, qui est d'autant plus aisément obtenue que la maladie est plus récente et l'individu plus jeune; l'ÉTAT STATIONNAIRE fréquent chez les sujets âgés, chez les buveurs qui ne veulent pas renoncer à leurs habitudes, et dans les formes symptomatiques de maladies générales; plus rarement le catarrhe aboutit à l'ULCÈRE CHRONIQUE; plus rarement encore il tue par une STÉNOSE PYLORIQUE, qui ne permet plus une alimentation suffisante; enfin, dans quelques cas *non moins exceptionnels*, la mort résulte de l'anémie et du MARASME, et le patient succombe avec des hydropisies cachectiques plus ou moins étendues. — Le pronostic découle des notions qui précèdent.

## DIAGNOSTIC.

Le CANCER qui ne produit encore aucune induration appréciable de la région épigastrique présente une étroite ressemblance avec le catarrhe chronique; ce qui domine dans l'un et l'autre cas, ce sont des phénomènes de digestion mauvaise (*dyspepsie*), et cette analogie ne peut surprendre si l'on songe que le cancer a pour première conséquence l'état catarrhal persistant de la muqueuse gastrique. Les caractères suivants doivent être tenus pour de simples éléments d'appréciation, et non pour des signes différentiels positifs. — Dans le cancer, les premiers symptômes de dyspepsie sont spontanés, ils ne sont imputables à aucune des causes ordinaires du catarrhe chronique. — Les malades sont parvenus au terme de l'âge adulte; c'est un précepte classique que celui qui enjoint de se défier des dyspepsies survenant chez les femmes au moment de la ménopause, chez les hommes vers quarante ou quarante-cinq ans, après le développement d'un embonpoint notable. — Les ascendants et les collatéraux des malades ont parfois présenté des lésions cancéreuses, la diathèse étant transmissible par hérédité. — Dans le cancer, les douleurs sont plus vives, et elles se manifestent dans l'état de vacuité aussi bien qu'après les repas. — Les vomissements pituiteux sont rares, les muqueux le sont moins, mais ce sont les vomissements alimentaires et les vomissements de sang noir qui sont le plus fréquents; les vomissements alimentaires ont au début ceci de particulier qu'ils sont inconstants, irréguliers, et souvent électifs, toutes les matières ingérées au même moment n'étant pas également rejetées. — Le catarrhe buccal manque assez fréquemment, et l'haleine peut alors rester pure. — L'affaiblissement et l'amaigrissement sont plus précoces et plus prononcés. — Quand le marasme survient, les malades prennent une teinte jaune-paille caractéristique, la peau devient sèche, rugueuse, et elle se couvre souvent de chloasma. — Il existe parfois une lésion can-