

TROISIÈME LIVRE

MALADIES DE L'ESTOMAC.

CHAPITRE PREMIER.

CATARRHE AIGU DE L'ESTOMAC. — GASTRITE CATARRHALE AIGUË.

D'après son siège anatomique, l'inflammation de l'estomac (*gastrite*) est muqueuse ou sous-muqueuse.

L'inflammation de la muqueuse a les caractères génériques des phlegmasies catarrhales, c'est une gastrite catarrhale, un **catarrhe de l'estomac**, qui présente une forme aiguë et une forme chronique.

L'inflammation sous-muqueuse ou *interstitielle* constitue, à l'état aigu, la **gastrite phlegmoneuse**; à l'état chronique, la **sclérose de l'estomac** (*cirrhose gastrique* de Brinton).

Une inflammation, souvent *totale*, résulte de l'ingestion des substances irritantes ou caustiques; il convient de la séparer des précédentes sous le nom de **gastrite toxique**. On a fait de cette inflammation accidentelle le type de la gastrite aiguë spontanée; cette assimilation est une erreur: toute réserve faite de la phlegmasie sous-muqueuse, qui est fort rare, il n'y a pas d'autre gastrite spontanée que la catarrhale. Or la GASTRITE TOXIQUE en diffère par sa cause toujours externe, par ses lésions plus étendues et plus profondes, par ses symptômes d'intensité et de caractères spéciaux.

GENÈSE ET ÉTIOLOGIE.

Le catarrhe gastrique aigu (1) est une maladie très-commune; ce n'est pas en exagérant la fréquence de l'inflammation de l'estomac que Brous-

(1) HENNING, *Kennzeichen und Heilart der Entzündungen des Magens und der Gedärme*. Kopenhagen, 1795. — DÖMLEING, *Diss. sistens morborum gastricorum acutorum pathologiam*. Virceb., 1797. — STONE, *A pract. Treatise on the diseases of the stomach and of digestion*. London, 1806. — GUERSANT, art. GASTRITE, in *Dict. en 60 vol.* Paris, 1816.—

sais s'est trompé; c'est en assignant à cette maladie une symptomatologie inexacte, une importance et une gravité imaginaires; c'est en méconnaissant les caractères réels de cette phlegmasie; c'est surtout en déduisant de ces prémisses erronées les principes thérapeutiques les plus funestes. — La fréquence du catarrhe gastrique peut être aisément appréciée d'après les faits suivants: la FORME AIGUË LÉGÈRE comprend la maladie dénommée

MALIN, *De gastritide*. Berolini, 1822. — CZERMAK, *De gastritide*. Prag, 1822. — POHL, *Diss. sistens collectanea quædam de gastritidis morborumque qui eam sequuntur pathologia*. Lipsiæ, 1822. — BROUSSAIS, *Hist. des phlegmasies ou inflammations chroniques*. Paris, 1822. — LOUIS, *Arch. gén. de méd.*, 1824. — GRAHAM, *On the Nature and Treatment of the prevailing disorders of the stomach and liver*. London, 1825. — BILLARD, *De la membrane muqueuse gastro-intestinale dans l'état sain et dans l'état inflammatoire*. Paris, 1825. — ABERCROMBIE, *Diseases of the Stomach and intestinal Canal*. London, 1828. — ANDRAL, *Recherches sur l'anatomie path. du canal digestif* (*Nouv. Journ. de méd.*, XV). — ANDRAL, *Clinique méd. et Anat. pathol.* — CRUVEILLIER, *loc. cit.*

BLÖSCH, *Beiträge zur Pathologie und Therapie der gastrischen Krankheiten*. Bern, 1831. — DALMAS, in *Diet. en 30 vol.* Paris, 1836. — MARTIN-SOLON, *De l'embarras gastrique* (*Gaz. méd. Paris*, 1836). — PARKER, *The Stomach in its morbid states*. London, 1838. — GENDRIN, *Traité de méd. pratique*. Paris, 1839. — STOKES, *Ueber die Heilung innerer Krankheiten* (traduct. allemande de Behrend). Leipzig, 1839. — BRESSLER, *Die Krankheiten des Unterleibs*. Berlin, 1840. — PADOLEAU, *Traité de la gastrite, etc.* Paris et Nantes, 1842. — HÜBNER, *Die gastrischen Krankheiten*. Leipzig, 1844. — RESUCHET DE SAUNOIS, *la Gastrite et les Affections nerveuses et chroniques des viscères*. Paris, 1846. — PROUT, *Diseases of the Stomach*. London, 1848. — OPPOLZER, *Wiener med. Wochens.*, 1851. — ROKITANSKY, *loc. cit.* — HABERSHON, *Guy's Hospital Reports*, 1865. — HANDFIELD JONES, *On morbid conditions of the Stomach*. London, 1855. — PIORRY, *Leçons sur les gastropathies* (*Gaz. hôpit.*, 1855). — BUDD, *Lectures on the organic Diseases and functional Disorders of the Stomach*. London, 1855. — CHAMBERS, *Digestion and its derangements*. London, 1856. — REEVES, *Diseases of the Stomach and Duodenum*. London, 1856. — BRINTON, *Lectures on the Diseases of the Stomach*. London, 1858. Traduction allemande de Bauer (Würzburg, 1862); traduction française de Riant, avec introduction de Lasègue (Paris, 1870). — BAYARD, *Traité des maladies de l'estomac*. Paris, 1862. — FÜRSTER, *Patholog. Anatomie*. Iena, 1862.

CHAUFFARD, *Arch. de méd.*, 1863. — HENOCH, *Klinik der Unterleibskrankheiten*. Berlin, 1863. — STRICKER und KOCKLAKOFF, *Experimente über Entzündungen des Magens* (*Sitzungsber. der K. K. Acad. der Wissenschaft.*, LIII, 1866). — GERHARDT, *Ienische Zeitschr. f. Med.*, 1867. — FENWICK, *The morbid states of the Stomach and Duodenum, etc.* London, 1868. — WIEL, *Abhandlung über die Krankheiten des Magens*. Constantz, 1868. — A. FABRE, *Physiologie path. de l'embarras gastrique* (*Union méd. de la Provence*; — *Revue méd. française et étrangère*, 1869).

EYRE, *The stomach and its difficulties*. Philadelphia, 1869. — HABERSHON, *Diseases of the stomach*. London, 1869. — SKODA, *Klin. Vorlesungen über Magenkrankheiten*. (Wien med. Presse, 1870).

ERSTEIN, *Ueber die Veränderungen welche die Magenschleimhaut durch die Einverleibung von Alkohol und Phosphor in den Magen erleidet* (*Arch. f. path. Anat.*, 1872).

en France *embarras gastrique*; la FORME AIGUE INTENSE comprend les états morbides désignés sous les noms de *fièvre gastrique*, *fièvre gastrique bilieuse*; enfin la FORME CHRONIQUE absorbe un bon nombre de ces états mal définis qualifiés *dyspepsies*.

Comme tout autre catarrhe, celui de l'estomac peut être produit par un refroidissement accidentel, cependant la chose est rare; et pour nos climats, la cause la plus puissante est la modification atmosphérique qui caractérise les saisons de transition. Plus le changement est brusque et profond, plus il y a de chances de voir naître la maladie: lorsqu'au printemps une température chaude et humide remplace en quelques jours un temps froid et sec, lorsqu'en automne les pluies et les brouillards succèdent subitement aux chaleurs de l'été, alors aussi apparaît le catarrhe aigu de l'estomac; et en raison du grand nombre d'individus soumis dans une même localité aux mêmes influences, il revêt souvent un caractère épidémique qui est d'autant plus remarqué que la forme est plus sévère; de là les épidémies vernales et automnales de FIÈVRE GASTRIQUE ou GASTRIQUE BILIEUSE. Ainsi produit par l'influence saisonnière, le catarrhe de l'estomac coïncide assez souvent avec des manifestations de même ordre sur d'autres muqueuses, notamment sur celle de l'intestin et de l'appareil respiratoire; comme il n'y a pas alors de localisation prédominante, la maladie est dite FIÈVRE CATARRHALE, encore bien qu'il ne s'agisse en somme que du développement simultané de plusieurs phlegmasies catarrhales, issues en commun de la même provocation pathogénique. Le catarrhe gastrique saisonnier est plus fréquent chez l'homme que chez la femme; il est observé à tout âge, excepté chez les enfants.

Le rôle physiologique crée pour la muqueuse de l'estomac un état permanent d'opportunité morbide, et pour le catarrhe un groupe étiologique spécial qui n'est pas moins vaste que le précédent: en toute saison la maladie peut être produite par un *vice de régime* habituel, ou même accidentel. L'insuffisance de la mastication, la température trop élevée ou trop froide des substances ingérées, les excès de table, déterminent souvent une attaque aiguë de catarrhe gastrique. La qualité de l'alimentation n'est pas moins importante: le régime exclusivement animal, l'abus des ragoûts et des graisses, l'usage habituel des fromages fermentés et de la viande de porc, l'abus du gibier et des crustacés, enfin l'ingestion des substances altérées par un commencement de putréfaction, sont des causes toutes-puissantes de la maladie. — Tandis que les causes précédentes amènent l'irritation gastrique, soit par surcharge, soit par l'action nocive directe qu'elles exercent sur la muqueuse, il en est d'autres qui agissent surtout en modifiant les sécrétions de l'estomac ou en entravant les mouvements de ses muscles; la digestion est rendue difficile, trop lente, et au bout d'un temps plus ou moins long, le catarrhe survient. L'abus des boissons alcooliques, des condiments, l'usage habituel des

narcotiques (*préparations opiacées*) sont les principaux éléments de ce groupe étiologique.

A côté de ces conditions inhérentes aux *ingesta* il faut tenir compte de certaines *fautes d'hygiène* qui ont pour effet de troubler le travail digestif, alors même que l'alimentation est aussi saine que possible: la vie sédentaire, les préoccupations intellectuelles ou morales, la mauvaise habitude de lire en mangeant, l'irrégularité dans les heures, le travail immédiat après le repas, voilà tout autant de circonstances qui ont une place légitime dans cette étiologie complexe.

Comme DÉTERMINATION SYMPTOMATIQUE, le catarrhe gastrique aigu est observé dès le début et dans le cours de la plupart des *maladies fébriles*: la pneumonie, la fièvre palustre, les typhus, les exanthèmes, surtout l'érysipèle et la scarlatine (Brinton), doivent particulièrement être signalés. Le rapport du catarrhe gastrique avec les maladies aiguës est dominé par la CONSTITUTION MÉDICALE, non-seulement par la *constitution saisonnière*, mais aussi par la *constitution stationnaire* ou fixe.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE.

La maladie, dans sa forme primitive et simple, n'est jamais mortelle; ce n'est que dans certains cas de catarrhe gastro-intestinal généralisé (*choléra nostras*), ou bien à la suite des maladies aiguës accompagnées de catarrhe gastrique, que l'on a l'occasion d'examiner l'état de la muqueuse de l'estomac. D'un autre côté, alors même qu'elles existent, les lésions sont légères, superficielles, facilement méconnues, et elles doivent être recherchées avec une scrupuleuse attention. Elles ne diffèrent pas des altérations catarrhales en général; sur une étendue plus ou moins considérable, la MUQUEUSE est le siège d'une injection fine disposée soit en îlots, soit en plaques cohérentes; la membrane est en outre turgescence et recouverte d'une couche de mucus qui est vitreux et transparent, ou bien opaque et blanc-grisâtre; ce mucus renferme une quantité anormale de cellules dont la présence révèle la chute et la prolifération de l'épithélium. Les GLANDES sont saillantes et augmentées de volume, par suite de l'accroissement et de la végétation de leurs cellules, et d'une légère infiltration dans le tissu interstitiel (Förster). Souvent aussi on rencontre des *taches ecchymotiques* et de petites *érosions* analogues aux érosions catarrhales des autres muqueuses. Dans les points ainsi altérés, la muqueuse est *ramollie* et la diminution de consistance est quelquefois telle que la membrane peut être enlevée sous forme de *bouillie rougeâtre* (Bamberger); dans ce cas, le tissu sous-muqueux est assez souvent le siège d'une infiltration séreuse ou séro-fibrineuse. — Ces lésions, qui expriment la forme la plus grave de la maladie, coïncident avec une modi-

fication remarquable des sécrétions; dès le début de l'état catarrhal, la formation du véritable *suc gastrique* cesse, et le liquide produit par l'estomac n'est plus qu'un liquide alcalin, par conséquent sans propriété digestive, composé de mucosités plus ou moins épaisses. C'est aux célèbres expériences de Beaumont sur le Canadien atteint de fistule gastrique que nous devons la connaissance de ce fait qui rend compte des troubles digestifs caractéristiques du catarrhe; il est infiniment probable que, dans les FORMES LÉGÈRES, cette *altération de sécrétion* constitue, avec l'*hyperémie* et la *chute de l'épithélium*, toute l'anatomie pathologique de la maladie.

On a décrit sous le nom de GASTROMALACIE (1), *ramollissement muqueux et noir* (Rokitansky), *ramollissement pullacé et gélatiniforme* (Cruveilhier), une altération caractérisée par la diminution de consistance de la muqueuse gastrique et parfois aussi des tissus sous-muqueux, par l'absence de toute lésion inflammatoire ou ulcéreuse coïncidente, par l'absence d'extravasation sanguine et d'hémorrhagie, et par le siège presque constant dans le grand cul-de-sac de l'estomac. Cette altération, qui a donné lieu à des discussions sans nombre, et à laquelle on a tenté d'assigner une symptomatologie définie (Jäger), n'a plus aujourd'hui qu'un intérêt historique; c'est une modification cadavérique ou contemporaine des dernières heures de la vie; elle résulte soit de la fermentation acide des matières contenues dans l'estomac au moment de l'agonie, soit de l'action *post mortem* des sucs gastriques sur des tissus *privés de circulation* (Elsässer). Selon l'expression de Hunter, c'est une *autopepsie*, et les prétendus symptômes qu'on a voulu lui attribuer ne sont autre chose que

(1) J. HUNTER, *Obs. on certain parts of the animal œconomy*. London, 1786. — JÄGER, *Ueber die Erweichung des Magens und Darmkanals* (Hufeland's Journal, 1811-1813). — ZELLER, *De natura morbi ventric. infantum perforantis*. Tübingen, 1818. — CRUVEILHIER, LOUIS, BILLARD, POHL, ABERCROMBIE, loc. cit. — RAMSCH, *De gastro-malacia et gastro-pathia infantum*. Prag, 1821. — HASSE, *Ueber die Erweichung der Gewebe*. Leipzig, 1827. — CAMERER, *Versuch über die Natur der krankhaften Magenerweichung*. Stuttgart, 1828. — NAGEL, *Ueber die gallertartige Magenerweichung* (Brestauer Samml., I, 1829). — NAUMANN, *Handb. der med. Klinik*. Berlin, 1830. — CARSWELL, *Journ. hebdom.*, 1830. — WINTER, *Ueber die Magenerweichung*. Lüneburg, 1834. — GROOS, *Essai sur la gastro-malacie*. Strasbourg, 1835. — KING, *Guy's Hosp. Reports*, 1842. — ROKITANSKY, loc. cit. — ELSÄSSER, *Die Magenerweichung der Säuglinge*. Stuttgart und Tübingen, 1846. — VON DIETERICH, *Die krankhafte Erweichung und Durchlöcherung des Magens und Darmkanals*. Mitau, 1847. — BEDNAR, *Die Krankheiten der Neugeborenen und Säuglinge*. Wien, 1850. — BARTHEZ et RILLET, *Maladies des enfants*. Paris, 1853. — VINCOW, *Dessen Archiv*, V. — BAMBERGER, loc. cit. — KÜHLWEITER, *Gastromalacia sive morbus necne*. Berolini, 1865. — PAVY, *On gastric erosion* (Guy's Hosp. Reports, 1868). — HOFFMANN, *Zur Erweichung des Oesophagus bei Erwachsenen* (Virchow's Archiv, 1869). — MAYER, *Gastromalacia ante mortem* (Deuts. Archiv. f. klin. Med., 1871).

les phénomènes disparates des maladies variables, qui ont été la cause réelle de la mort.

SYMPTOMES ET MARCHE.

A moins qu'il ne succède à l'indigestion ou à l'ivresse, le catarrhe gastrique aigu n'a jamais un début brusque; les PRODROMES sont surtout accusés dans cette forme toute spontanée que ne peut expliquer aucun vice de régime, et que j'ai appelée *saisonnaire*. Plusieurs jours avant l'apparition des phénomènes caractéristiques, l'appétit diminue, les digestions sont lentes et pénibles, le sommeil est agité; il y a de l'inaptitude au travail et un sentiment de malaise général, qui va croissant jusqu'au moment où éclate le premier symptôme de la MALADIE CONFIRMÉE: c'est une *céphalalgie sus-orbitaire* intense, de forme gravative, qui est exaspérée par le bruit, la lumière et par le plus léger mouvement de la tête; souvent aussi il y a des éblouissements et quelques vertiges. En même temps l'épigastre devient le siège d'une *douleur* sourde qui n'est pas toujours spontanée, mais qui est toujours réveillée par une pression un peu forte; la langue, aplatie et étalée, est couverte d'un enduit blanchâtre ou blanc-jaunâtre épais, et ce *catarrhe buccal*, altérant les sensations gustatives, donne au malade un *goût* d'amertume ou même de putridité qui se communique à toutes les substances qu'il ingère; c'est le matin que cette amertume de la bouche est le plus accusée. L'*anorexie* est alors absolue; la seule pensée des aliments inspire une vraie répugnance, mais la *soif* est vive, insatiable, et les boissons acides sont ardemment sollicitées. Alors même que le malade, obéissant à ses sensations, observe une diète absolue, il a des *nausées*, des envies de vomir, souvent aussi des *vomissements* qui expulsent soit des résidus alimentaires, soit des mucosités fades ou amères, qui sont grisâtres, ou teintes en jaune ou en vert par suite de la présence d'une petite quantité de bile.

Quand la maladie est provoquée par une indigestion, les vomissements sont copieux; mais dans les autres conditions, ils sont peu abondants, alors même qu'ils se reproduisent avec une certaine fréquence. Lorsque le malade commet la faute de manger, toutes ses souffrances sont aggravées, et si les vomissements ont manqué jusqu'alors, l'indigestion surajoutée les provoque infailliblement. Ces phénomènes d'INTOLÉRANCE GASTRIQUE et la fétidité particulière de l'*haleine* sont la conséquence directe de l'altération subie par les sécrétions de l'estomac; le suc gastrique n'est plus acide, il n'est plus digestif: dès lors les matières contenues dans le ventricule, au lieu de subir l'évolution spéciale qui constitue la digestion, présentent une décomposition ou une fermentation en rapport avec leur composition, et les produits gazeux de cette opération plus chimique que

vitale altèrent l'haleine, provoquent des *éructations*, et parfois même distendent l'estomac au point de déterminer un léger degré de *tympanisme*, appréciable par la percussion; souvent aussi les éructations amènent dans la bouche des liquides d'odeur repoussante, dont les éléments varient suivant que la fermentation est lactique, acétique ou butyrique; quand la décomposition porte sur des matières albuminoïdes, les produits sont chargés d'acide sulfhydrique, et les renvois sont aussi infects que possible.

Dans bon nombre de cas, surtout lorsque le malade garde la diète, les fonctions intestinales ne sont pas troublées, on n'observe qu'une légère *constipation*. Mais, dans d'autres circonstances, il semble que les matières gastriques parvenues dans l'intestin en irritent la muqueuse, et dès le second ou le troisième jour il y a une *diarrhée* d'abondance variable, qui, sans grandes douleurs, entraîne au dehors des matières aqueuses de couleur verdâtre. Le plus souvent, dans ces cas-là, il y a des vomissements spontanés; il s'agit en réalité d'un catarrhe gastro-intestinal. Dans la forme légère ou commune, ces évacuations sont suivies de soulagement; c'est là un exemple très-net d'amélioration par expulsion de la *matière peccante*; l'irritation même que cette matière a provoquée détermine la crise salutaire, et en quatre ou cinq jours tout rentre dans l'ordre. Dans d'autres circonstances, les évacuations manquent, sans que d'ailleurs on puisse saisir la cause de ces différences, et la maladie, traînant en longueur, dépasserait beaucoup ce terme, si l'art n'intervenait pour exciter la perturbation et l'élimination critiques.

Cette forme légère du catarrhe est celle qui est désignée sous le nom d'embarras gastrique; elle peut être *apyrétique*, mais dans la variété saisonnière elle est ordinairement accompagnée d'une *fièvre à type rémittent*, à exacerbation vespérale, dont l'intensité est assez vive pour faire craindre l'invasion d'une maladie beaucoup plus sérieuse; il n'est pas rare que, dès le premier soir, le thermomètre monte entre 39 et 40 degrés, et l'erreur ne peut être prévenue que par la rémission du lendemain matin, laquelle ramène la température à un degré voisin du chiffre normal. Ce mouvement fébrile débute, peu après la céphalalgie, par de petits frissons et une courbature générale très-accusée; la peau est brûlante et sèche. L'insomnie est complète, ou bien le malade tombe par instants dans un état de somnolence agitée que troublent des rêveries incohérentes; chez les individus très-excitables, il n'est même pas rare d'observer un délire passager.

Malgré la violence des phénomènes initiaux, la maladie suit la même marche que dans la variété apyrétique. Ce qui fait la différence de la forme légère et de la forme intense, ce n'est pas l'absence ou l'existence de la fièvre, c'est sa durée: dans la forme légère fébrile, la fièvre ne persiste pas au delà de deux jours, trois jours au plus, alors même que les accidents

Fig. 35. Catarrhe gastrique fébrile. Femme de 28 ans.

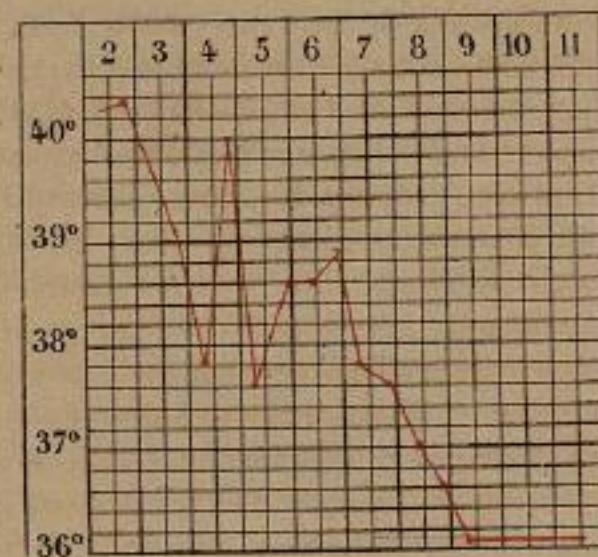
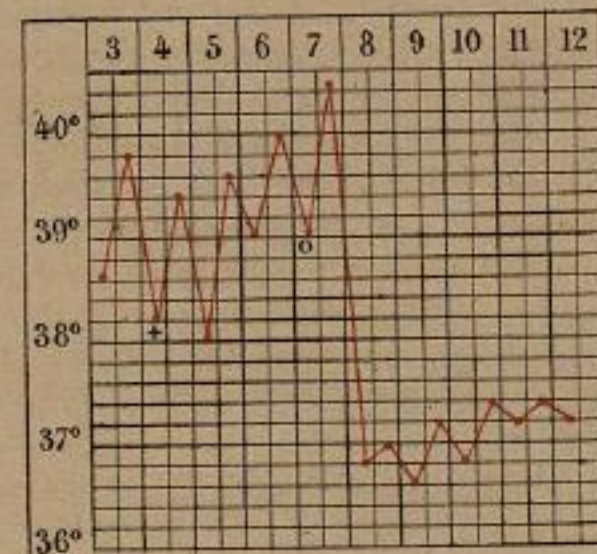


Fig. 36. Catarrhe gastrique fébrile. Homme de 16 ans.



Observations: + Vomissements spontanés. o Purgatif.

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 gastrice 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 der Schleimhaut des Verdauungskanales als selbständige Krankheit, Grundleiden vieler sogenannten Nervenfeber, Schleimfeber, etc.* Berlin, 1830.

MONNEAET, *Pathologie générale et Pathologie interne*.

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.

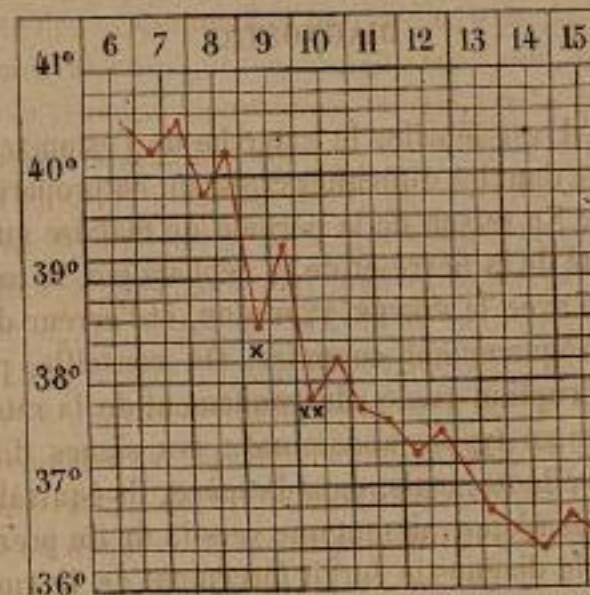
Du moment qu'il est fébrile, le catarrhe de l'estomac soulève un problème diagnostique dont les difficultés croissent en proportion directe de la durée de la fièvre. En raison de la période de malaise qui le précède, en raison de l'intensité de la fièvre et de la céphalalgie, le catarrhe gastrique peut 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^e 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, german-drée, 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 *Cyclopaedia 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. — FRIEDRICH, 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, *Deussen Archiv*, V. — ROSS, *Edinb. med. Journ.*, 1855. — CROMEL, *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. — GUPON, *Traité de la dyspepsie*. Paris, 1864. — ERSTEIN, *Die polypösen Geschwülste des Magens* (*Virchow's Archiv*, 1864). — CORNIL, *Polyppes 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* (*Dents. 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. — MULLER, *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; merismopodia 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 Aufreibung 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). — LEUDE, *Ueber die Therapie der Magenkrankheiten* (*Volkman'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*