

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, *Practise 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 therap.*, 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 Aufstreibung 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*

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 (Gas. 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 *réurgitations*, 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 suspirieuse ; 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^{mm},030 à 0^{mm},050 de longueur sur 0^{mm},016 à 0^{mm},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 *débacle*. 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-

céreuse extérieure facilement appréciable, ou bien une intumescence suspecte de certains ganglions, notamment, dans la région sous-claviculaire (Virchow). — Lorsque le cancer devient appréciable par la palpation, il forme ordinairement soit une tumeur unique, soit des nodosités multiples d'un volume tel que toute confusion est impossible avec les indurations consécutives au catarrhe; mais, dans certains cas, le cancer produit, lui aussi, une induration diffuse peu prononcée, ou bien un épaissement à peine appréciable dans la région du pylore, et le diagnostic ne peut être basé que sur les éléments précédemment énumérés, et aussi sur la fréquence relative des deux lésions; le catarrhe avec indurations étant en fait beaucoup plus rare que le cancer.

L'ULCÈRE PERFORANT débute, lui aussi, par un catarrhe chronique; et tant qu'il n'y a pas eu encore hémorragie et vomissements rouges, le diagnostic n'a pour éléments que l'intensité de la douleur, sa fixité sur certains points, et son aggravation instantanée par la pression et par l'ingestion des substances solides ou des liquides chauds ou froids.

La GASTRALGIE diffère du catarrhe par les caractères de la douleur. Elle revient souvent par accès dans l'intervalle desquels la sensibilité gastrique est normale; c'est à jeun qu'elle est le plus pénible, et elle est presque toujours calmée par l'alimentation et par la pression; il y a souvent des irradiations douloureuses dans toute la sphère du sympathique abdominal. L'appétit est plutôt dépravé que diminué, parfois même il est augmenté. Les troubles digestifs peuvent être nuls, ou constitués simplement par du tympanisme; lorsqu'ils existent, ils sont variables dans leurs caractères et inconstants, en ce sens qu'ils peuvent cesser durant une période assez longue, bien que la douleur persiste: ces faits rendent compte de l'absence d'amaigrissement. Enfin la gastralgie apparaît de préférence chez les individus à tempérament nerveux, chez les femmes hystériques et chez les anémiques; elle alterne souvent avec d'autres manifestations névralgiques.

TRAITEMENT.

On doit avant tout se préoccuper de l'INDICATION CAUSALE. Quand le catarrhe est provoqué par l'une quelconque des fautes d'hygiène qui ont été mentionnées dans l'étiologie, il peut guérir par la simple soustraction de la cause; le difficile ici n'est pas de formuler le précepte, c'est d'obtenir l'obéissance des malades, surtout lorsqu'il s'agit des buveurs et des fumeurs. — Dans les cas où le catarrhe dépend de la STASE VEINEUSE, l'indication est fournie en réalité par la lésion première qui provoque la stase, maladie du foie, du cœur, des poumons, etc., et le désordre de l'estomac ne relève que d'un traitement symptomatique. La situation n'est

guère meilleure lorsque le catarrhe est causé par l'état variqueux du système veineux abdominal; on réussit bien à diminuer la tension veineuse, et partant les accidents gastriques, au moyen des *drastiques* ou des *sangsues appliquées à l'anus*, mais ce n'est là qu'un soulagement momentané, nous ne pouvons rien pour modifier l'état anatomique des veines.

Le catarrhe, tout en prenant une marche chronique, débute parfois avec une certaine acuité; les douleurs sont marquées, et l'intolérance gastrique est à peu près complète. Il convient, dans ces cas d'ailleurs rares, d'instituer tout d'abord une MÉDICATION ANTIPHLOGISTIQUE; une application de sangsues à l'épigastre peut être indiquée, mais en général je me borne à la révulsion forte qu'on obtient avec l'huile de croton. En même temps le malade est soumis à une diète presque absolue; on ne lui permet qu'une ou deux tasses de bon lait ou du bouillon coupé; si ces substances sont elles-mêmes vomies, il faut recourir pendant un jour ou deux à l'administration exclusive de la glace, et si les douleurs persistent encore, on applique dans la région de l'estomac un large vésicatoire dont on peut entretenir l'action pendant quelques jours au moyen d'une pommade épispastique. L'irritation gastrique ainsi apaisée, on procède avec ménagements, et en quelque sorte par tâtonnements, à l'alimentation; on commence par les boissons lactées, puis on donne des bouillons légers, et l'on arrive à la viande grillée, saignante et dépouillée de graisse. Il peut bien se faire que, malgré cette intervention énergique, on n'évite pas entièrement la phase de chronicité proprement dite, mais il m'a paru qu'elle est alors notablement abrégée, et que la guérison est plus radicale que lorsqu'on se borne au traitement diététique.

Dans d'autres cas déjà plus fréquents que les précédents, le catarrhe chronique fait suite à la forme commune du catarrhe aigu, c'est-à-dire qu'un embarras gastrique chronique succède à une attaque, fébrile ou non, d'embarras gastrique aigu. Les symptômes dominants sont l'anorexie complète, l'enduit de la langue, et des vomissements plus ou moins fréquents qui, même alimentaires, ont le caractère muqueux; c'est-à-dire que les matières rejetées sont entourées et mêlées d'un mucus filant et visqueux; l'indication est alors positive, il faut insister sur les VOMITIFS. L'hypersécrétion muqueuse, une fois éliminée, peut se reproduire, mais elle est amoindrie, et la guérison est plus facilement obtenue par les médications ordinaires; si l'on néglige cette indication particulière, les digestions deviennent de plus en plus difficiles, quelques précautions que l'on prenne, parce que la couche de mucus qui tapisse l'estomac annihile totalement les propriétés du suc gastrique. Dans toutes les variétés de gastrite chronique en cours de traitement, l'indication de la médication vomitive peut se présenter; elle est toujours facilement reconnue à la qualité des matières rejetées, à l'aggravation du catarrhe buccal, et elle doit toujours être remplie. Il n'est pas rare que cette médication appliquée en

temps opportun coupe court à un catarrhe qui tend à s'éterniser. Pour mieux assurer le résultat, Graves conseillait de donner l'émétique (1^{re}, 20 d'ipécacuanha, 0^{re}, 06 de tartre stibié) une heure après un repas copieux, afin d'agir sur l'estomac pendant la période d'activité, alors qu'il est le siège d'une congestion sanguine considérable et d'une sécrétion très-abondante. Je n'oserais, à moins d'insuccès par la méthode ordinaire, obéir à ce précepte, mais il montre l'importance qu'attachait à la perturbation vomitive l'éminent clinicien de Dublin. Je suis convaincu que cette médication est beaucoup trop négligée dans le traitement du catarrhe stomacal.

Lorsque la maladie ne présente aucune des indications spéciales que je viens d'indiquer, elle constitue un *état chronique de dyspepsie* justiciable avant tout du RÉGIME. Repas réguliers et peu abondants, mastication parfaite des aliments, sont des préceptes qu'il est à peine besoin d'indiquer. Le choix des mets exige une grande circonspection. Comme la digestion stomacale consiste dans la transformation des matières azotées en peptones sous l'action du suc gastrique, on pourrait croire que le meilleur régime doit être l'abstention complète des albuminoïdes, et une diète exclusivement hydrocarbonée. C'est une erreur; l'usage persistant des aliments ternaires exagère les symptômes en augmentant l'hypersécrétion et l'alcalinité du milieu gastrique; d'ailleurs les substances amylicées, par le fait de la maladie, sont transformées en cette matière filante et gommeuse dont il a été question, et c'est là pour l'estomac un travail et une surcharge stériles. D'un autre côté, l'activité digestive du suc gastrique à l'endroit des matériaux quaternaires est diminuée, mais non abolie; cela étant, la conclusion logique de ces diverses considérations s'impose d'elle-même; il faut offrir à l'estomac les substances à l'élaboration desquelles il est physiologiquement destiné, mais il faut les lui offrir sous la forme la plus favorable, eu égard à l'impuissance du suc gastrique. L'expérience démontre la justesse de ces conclusions; c'est l'ALIMENTATION AZOTÉE UNIFORME qui donne les meilleurs résultats.

Lorsque l'irritabilité et l'intolérance de l'estomac sont très-accusées, il faut commencer par le régime lacté, ou même par le petit-lait, qui a l'avantage de ne pas former de gros caillots compactes comme le lait; dans les cas où il y a des renvois acides et de la pyrosis, on peut ajouter au lait de petites doses de magnésie ou de bicarbonate de soude, ou bien le couper avec de l'eau de chaux. Quand cette alimentation est bien supportée pendant quelques jours, on essaye l'usage de la viande, en ayant soin de choisir les viandes dites noires, ou même la viande et le jambon salés et fumés; ces préparations excitent la sécrétion du suc gastrique, et elles ont sur les viandes blanches et le poisson l'avantage de se décomposer moins facilement; en tout cas, la viande sera donnée grillée, sans sauce d'aucune sorte, avec du pain très-cuit et du bon vin rouge, pur ou coupé. — Ce régime doit être combiné avec certains médicaments qui varient

selon les prédominances symptomatiques. Quand la DISTENSION GAZEUSE est constante et constituée, après chaque repas, le phénomène le plus pénible, il faut recourir au charbon médicinal et aux poudres absorbantes composées de bicarbonate de soude, craie préparée, bismuth ou magnésie, selon l'état de l'intestin; pour peu qu'il y ait une sensibilité gastrique anormale, ces poudres agissent beaucoup mieux lorsqu'on y introduit de la poudre d'opium brut ou une très-petite dose de chlorhydrate de morphine; cette addition n'est contre-indiquée que dans le cas où le catarrhe détermine, entre autres symptômes, une céphalalgie habituelle, ce qui n'est pas très-rare. Lorsqu'on donne le charbon au lieu des poudres alcalines, on peut faire prendre concurremment au repas, pour couper le vin, l'une des eaux minérales indiquées plus loin, ou bien la macération de rhubarbe, qui a l'avantage de régulariser les fonctions intestinales.

Il s'en faut que ces moyens triomphent dans tous les cas de la pneumatose stomacale; ils peuvent même l'exagérer lorsqu'elle est entretenue par l'alcalinité du milieu gastrique, et c'est alors que les ACIDES DILUÉS à petites doses trouvent leur indication rationnelle. L'opportunité de leur emploi est déduite empiriquement de l'impuissance des alcalins, ou bien elle est appréciée directement d'après l'abondance et la persistance de l'enduit saburral de la langue, d'après l'absence d'éruclations acides et de pyrosis, d'après le caractère muqueux des matières vomies. — Lorsque les digestions, quoique très-lentes, ne sont pas accompagnées de formation gazeuse considérable, il est permis d'attribuer le séjour trop prolongé des aliments dans l'estomac à l'INERTIE DES MUSCLES de l'organe; les substances qui ont la propriété d'en exciter la contractilité trouvent alors leur emploi, et parmi elles il convient de placer en première ligne le quassia et le colombo; dans les cas rebelles, l'extrait de noix vomique est souvent très-efficace. C'est encore dans ces formes atoniques, toujours accompagnées d'une sécrétion catarrhale abondante, qu'il est utile de faire prendre après le repas une très-petite quantité d'une liqueur stimulante, telle que la chartreuse, la liqueur d'Iva, le vin de rhubarbe, etc. Dans ces conditions, Budd donne la préférence à une petite dose d'ipécacuanha et de rhubarbe (3 à 5 centigrammes d'ipéca, 15 à 20 de rhubarbe) qu'il fait prendre quelques minutes avant le repas.

Il est des cas dans lesquels on ne peut saisir aucune indication particulière quant à la réaction des liquides ou à la contractilité des muscles de l'estomac; on peut alors recourir à la médication proposée par Oppolzer, et donner le NITRATE D'ARGENT dans le but de modifier directement par action topique l'hyperémie catarrhale de la muqueuse; on fait prendre ce sel en pilules, soit seul, soit avec un peu d'extrait de belladone, et la dose initiale de 2 centigrammes peut être élevée à 8 ou 10; en raison de l'action qu'on se propose, le médicament doit être administré dans l'état de vacuité. Lebert affirme également l'efficacité de cette méthode.

Le catarrhe à physionomie spéciale, qui est propre aux BUVEURS, doit être traité par le régime, cela va sans dire, puis par les toniques amers et par l'*hydrothérapie*; cette dernière offre dans toutes les formes rebelles une ressource ultime qui ne doit jamais être négligée. — La CONSTIPATION, presque constante dans le catarrhe gastrique pur, doit être combattue par la rhubarbe, la belladone, la magnésie, ou par les purgatifs drastiques comme l'aloès, le jalap, la coloquinte, qui ont l'avantage d'agir principalement sur le gros intestin, et conséquemment n'irritent pas les voies supérieures.

Le traitement, toujours difficile et souvent impuissant, du catarrhe chronique de l'estomac, devient plus aisé et plus certain lorsque le malade est en situation de faire la CURE THERMALE; bon nombre d'eaux minérales ont ici une efficacité consacrée par une observation séculaire. Aux individus vigoureux peu ou point amaigris on conseille Vichy ou Carlsbad (Schloss ou Mühlbrunnen); aux malades de constitution plus faible conviennent les eaux d'Ems (Krähnechen), de Luxeuil, de Royat; les individus obèses, ceux dont le catarrhe peut être attribué à la pléthore veineuse, auront recours aux thermes de Marienbad, Kissingen, Hombourg; ces mêmes eaux ou celles de Niederbronn doivent être préférées lorsque le catarrhe est accompagné de phénomènes congestifs vers l'encéphale; enfin les malades amaigris et débilités, dont l'état gastrique est entretenu par une anémie réelle, doivent avant tout demander la restauration constitutionnelle aux sources de Saint-Moritz, Franzesbad, Spa, Schwalbach ou Cudowa.

De nombreuses observations ont définitivement établi l'efficacité de la méthode proposée par Kussmaul pour le traitement des catarrhes chroniques avec dilatation de l'estomac et sténose pylorique. Cette méthode consiste dans l'évacuation artificielle de l'estomac au moyen d'une pompe, et dans le lavage consécutif de l'organe au moyen de l'eau naturelle de Vichy ou d'une solution de soude. Kussmaul a employé à cet effet la pompe américaine pour l'évacuation de l'empyème; cet instrument a l'avantage de permettre, moyennant une manœuvre des plus simples, et sans déplacement de la sonde, de faire à volonté l'injection et l'extraction. Les faits présentés par Kussmaul lui-même sont on ne peut plus démonstratifs, et l'augmentation de poids des malades durant le traitement ne laisse pas de doute sur la restauration effective des fonctions gastriques; depuis 1869, cette méthode est vulgarisée dans la plupart des cliniques et des hôpitaux de l'Allemagne, et l'extension de son emploi n'a fait qu'en confirmer le succès.

CHAPITRE III.

GASTRITE SOUS-MUQUEUSE.

La forme aiguë de cette maladie est fort rare; la forme chronique n'est pas démontrée, en tant que processus morbide primitif et indépendant (1).

La forme aiguë (*gastrite phlegmoneuse, limite suppurative* de Brinton) est caractérisée par l'INFILTRATION PURULENTE des couches sous-muqueuses de l'estomac; la lésion est partielle ou générale, et, dans ce dernier cas, elle est toujours plus prononcée vers la région pylorique. Le liquide grisâtre, puriforme ou purulent, qui imbibe et sépare les diverses tuniques, s'écoule abondamment à la coupe; parfois cependant il est plus épais, plus intimement combiné au tissu, et l'aspect de la surface de section rappelle exactement celui d'un vésicatoire dont la sérosité mal séparée est enfermée dans les mailles d'un coagulum fibrineux. La paroi de l'organe est épaissie, consistante et semi-fluctuante; la muqueuse,

(1) SAND, *De raro ventriculi abscessu*. Region., 1701. — LIEUTAUD, *Hist. anatom. méd.* Paris, 1767. — MONRO, *Morbid anat. of the gullet, stomach and intest.* Edinburgh, 2^e édit., 1830. — STOLL, *Ratio medendi*. — ANDRAL, *Anat. path.* — CRUVEILHIER, *Anat. path.* — NAUMANN, *loc. cit.* — ROKITANSKY, *loc. cit.* — ALBERS, *Atlas d. path. Anat.* Bonn, 1832-1859. — HENOCH, *loc. cit.* — SESTIER, MAZET, MASCAREL, MAUNOURY, MAYER, JUTEAU et CAUMONT, *Bullet. Soc. anat.*, 1832-1840-1843-1848 (faits indiqués par Raynaud). — HEYFELDER, *Schmid's Jahrbücher*, 1837. — LEBERT, *Anat. path.* Paris, 1855. — KLAUSS, *Beitrag zur Kenntniss der Magenkrankheiten*. Erlangen, 1857. — WALLMANN, *Zeitschr. der Gesells. der Wiener Aerzte*, 1857. — HABERSHON, *loc. cit.* — *Aerztlicher Bericht aus dem allg. Krankenh. zu Wien vom Jahre 1857*, Wien, 1858. — BUDD, BRINTON, *loc. cit.* — CORNIL, PROUST (faits analysés par Raynaud). — RAYNAUD, *De l'infiltration purulente des parois de l'estomac* (*Gaz. hebdom.*, 1861). — BAMBERGER, *loc. cit.* — GUYOT, *Gaz. hebdom.*, 1865. — AUVRAY, *Étude sur la gastrite phlegmoneuse*, thèse de Paris, 1866. — ASVERUS, *Ein Fall von Gastritis phlegmonosa* (*ten. Zeits. f. Med.*, 1866). — GRAINGER STEWART, *Case of gastritis phlegmonosa with inflammation and gangrene of the gall-bladder* (*Edinb. med. Journ.*, 1868).

LOOMIS, *On suppurative cellular inflammation of stomach* (*New-York med. Record*, 1869).

MALMSTEN OCH AXEL KEY, *Fall af flegmonös gastritis* (*Hygiea*, 1871).

KRAUSE, *Ueber submucöse phlegmonöseitrige Magenentzündung*. Berlin, 1873. — GEXTRAC, *Symptômes ataxo-adyamiques; sphacèle de la portion cardiaque de l'estomac* (*Bordeaux méd.*, 1873). — FEROCI, *Storia di una gastrite terminata per gangrena, etc.* (*Ann. univ. di med.*, 1873). — RAKOWAK, *Ein Fall von Gastritis submucosa* (*Wien. med. Presse*, 1874).