

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 ou 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<sup>e</sup> 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).

hyperémie et turgescence, présente souvent de petites ulcérations rondes et nettement circonscrites, par lesquelles on voit sourdre le pus comme à travers les orifices d'un crible; la *couche musculuse*, décolorée ou gris-rougeâtre, participe à l'infiltration et prend une apparence gélatineuse; la *séreuse* est opaque, injectée, couverte de fausses membranes qui établissent des adhérences avec les parties contiguës, ou bien elle est le siège d'une inflammation suppurative, qui est le point de départ d'une *péritonite générale*; celle-ci existe dans plus de la moitié des cas. On a observé, mais bien plus rarement, la *pleurésie* et la *péricardite*. — Dans quelques cas tout à fait exceptionnels, le pus n'est pas infiltré, il est collecté de manière à former un **ABCÈS INTERSTITIEL** qui occupe ordinairement le tissu sous-muqueux; cet abcès peut s'ouvrir du côté de la cavité gastrique, ou bien perforer la séreuse et provoquer des désordres secondaires variables selon le siège de la rupture.

On conçoit la possibilité de la guérison, mais pour l'abcès elle n'est démontrée par aucun fait; il n'en est pas de même pour la première variété. Les pertuis muqueux peuvent éliminer le liquide infiltré, et la perte de substance des couches sous-muqueuses peut être réparée par un tissu cicatriciel dont la rétraction a pour conséquence une *sténose* notable de l'estomac lui-même ou du pylore. Les pièces du musée d'Erlangen (Dittrich, Brand) démontrent ce processus curateur.

Les **SYMPTÔMES** de la gastrite phlegmoneuse sont des douleurs ordinairement très-vives, des vomissements muqueux, bilieux ou noirâtres, mais jamais sanglants; parfois de l'ictère (Brinton), de la dyspnée, et un état général grave que caractérisent une fièvre intense et la prostration rapide des forces. La **MORT** résulte d'une péritonite ou du collapsus; elle a lieu du deuxième au sixième jour; il est rare que la vie se prolonge pendant deux à trois septénaires. — Dans l'**ABCÈS**, les accidents durent plusieurs mois; après une première période marquée par les phénomènes communs à toutes les phlegmasies gastriques intenses, les douleurs cessent, la fièvre tombe: cette détente correspond à la formation de l'abcès. Survient alors une phase mal caractérisée, pendant laquelle le malade est tourmenté de dyspepsie, de vomissements, parfois de dyspnée; puis au bout d'un temps variable la fièvre hectique s'allume, ou bien les signes d'une perforation apparaissent subitement (Naumann, Raynaud).

La gastrite phlegmoneuse est **PRIMITIVE** ou **SECONDAIRE**. La première, au moins aussi fréquente que l'autre, est parfaitement obscure quant à son étiologie, on sait seulement que l'âge de vingt à quarante ans y est particulièrement exposé. — La forme secondaire est observée dans les typhus, la variole, la pyohémie puerpérale ou non; au point de vue des symptômes, elle diffère de l'autre en ce que les phénomènes locaux peu accusés sont masqués par les accidents généraux.

Le traitement ne peut être que symptomatique; la glace intus et extra est la médication la plus convenable; en raison de l'adynamie rapide, on aura soin d'y joindre l'usage du vin et des toniques.

La **gastrite interstitielle chronique** (1) (*linite plastique, cirrhose* de Brinton) est anatomiquement caractérisée par l'hyperplasie du tissu conjonctif et l'hypertrophie du tissu musculaire. Quand la lésion est pleinement constituée, la paroi de l'estomac a perdu sa souplesse, elle est rigide, de consistance lardacée, et à la coupe on voit, interposée entre la tunique muqueuse et la séreuse, une couche de tissu fibreux sur lequel tranchent les éléments musculaires augmentés de volume. Cette altération, nous l'avons vu, peut se développer secondairement dans le cours du catarrhe chronique de l'estomac; c'est là le mode pathogénique le plus fréquent; mais, d'après Budd et Brinton, elle peut aussi être provoquée par l'alcoolisme, de même que les autres scléroses viscérales, et exister alors comme maladie primitive, indépendante de toute lésion de la muqueuse. La question n'est pas élucidée. Secondaire ou non, la sclérose gastrique donne lieu à un épaissement uniforme qui est limité ou général, suivant que l'altération est elle-même circonscrite ou totale; cet épaissement est appréciable à la palpation, il peut simuler le cancer: j'ai insisté plus haut sur les difficultés que présente alors le diagnostic différentiel.

#### CHAPITRE IV.

#### GASTRITE TOXIQUE.

##### GENÈSE ET ÉTIOLOGIE.

Les **ACIDES MINÉRAUX**, les **ALCALIS CAUSTIQUES** produisent bien moins une inflammation qu'une destruction du tissu avec lequel ils sont en contact; cette destruction est la suite d'une combinaison chimique qui unit le poison aux éléments organiques et abolit la vitalité de ces derniers. — Dans d'autres circonstances, la substance toxique ingérée détermine par irritation directe une gastrite suraiguë, mais elle ne détruit pas le tissu; si celui-ci est ultérieurement nécrosé, c'est par suite de l'intensité du processus phlegmasique, et non par suite d'une combinaison chimique immédiate. L'*acide arsénieux*, le *phosphore*, les *sels d'argent*, de *mercure*, de *cuivre*, les *poisons végétaux* appartiennent à cette seconde caté-

(1) SKELLEN, *Sklerosis ventriculi* (Nederl. Lancet, 1855).

SMITH, *Cirrhosis of the stomach* (Edinb. med. Journ., 1872).