

La gastrite phlegmoneuse, primitive ou secondaire, se termine invariablement par la mort. Quant aux gastrites toxiques, leur degré de gravité dépend de l'intensité et de l'étendue des lésions, et, par suite aussi, de la quantité de poison absorbé; leur traitement ne peut être que palliatif.

Si l'on est appelé au début, il faut s'efforcer de provoquer l'évacuation complète de l'estomac, soit au moyen d'un vomitif, soit par la sonde; mais on ne peut user de la sonde s'il s'agit d'un acide minéral ou d'un alcali caustique (soude, potasse), car on exposerait le malade à une perforation de l'estomac. En pareil cas, on se bornera donc à tenter de neutraliser la substance toxique; le vinaigre étendu d'eau, une solution d'acide citrique serviront à neutraliser les alcalis; quant aux acides, on les neutralisera au moyen de la magnésie calcinée, que l'on fera prendre en grande quantité (50 grammes ou plus en suspension dans 1/2 litre d'eau).

La magnésie forme un sel à peu près insoluble avec l'acide oxalique, et avec les acides sulfurique, chlorhydrique, azotique des sels non toxiques: l'eau albumineuse sera administrée dans le cas où du sublimé aura été absorbé.

Ceci fait, on condamne le malade au repos absolu; on combat la douleur et les vomissements au moyen d'une vessie de glace appliquée sur l'épigastre et de pilules de glace, au moyen de morphine en injections sous-cutanées. Le malade n'absorbera qu'une très petite quantité de lait ou de bouillon.

GASTRITES CHRONIQUES

A. — Considérations générales sur la classification et le traitement des gastropathies.

Le traitement des dyspepsies constitue l'un des problèmes les plus ardues de la thérapeutique; c'est qu'en effet il n'existe pas de classification entièrement satisfaisante des gastropathies pouvant servir de base à un traitement rationnel.

Jusqu'à l'époque contemporaine, les renseignements fournis par l'observation clinique constituaient les seuls guides du praticien; le malade avait-il des douleurs, on lui administrait les médicaments nervins et sédatifs (opiacés, belladone, etc.); avait-il du pyrosis, on le soumettait au traitement par des poudres absorbantes; en un mot, chaque symptôme était combattu par la médication palliative appropriée. On savait par expérience que certains médicaments, comme les acides ou les alcalins, sont susceptibles de modifier avantageusement certains états gastriques, mais on les employait sans règle définie, sans pouvoir expliquer leur action de façon satisfaisante. Il n'est pas besoin d'insister sur les imperfections de cette thérapeutique symptomatique; sans doute nombre de malades guérissaient, mais c'est qu'en même temps ils se soumettaient à un régime alimentaire convenable; encore n'attachait-on pas à ce régime toute l'importance que nous lui attribuons à juste titre aujourd'hui.

Les praticiens, si nous en jugeons par les travaux de Beau, de Chomel, se bornaient à quelques brèves indications sur les aliments à exclure et ces indications ne reposaient pas toujours, il s'en faut, sur des données physiologiques précises.

On ignorait les modifications que subit le fonctionnement de l'appareil sécréteur de l'estomac; on méconnaissait le rôle de l'insuffisance motrice; on n'attachait pas d'im-

portance suffisante à l'exploration physique de l'estomac, c'est-à-dire à la recherche de ses dimensions, de sa situation, etc., et l'on manquait d'ailleurs des moyens techniques nécessaires pour une exploration complète. Dans ces conditions, toute classification des gastropathies était impossible.

Un immense progrès fut accompli le jour où l'on songea à se rendre compte de la nature du travail chimique qui s'accomplit dans l'estomac à l'état normal, comme à l'état pathologique. On ne saurait méconnaître, sans être taxé d'injustice, les services signalés qu'a rendus l'application des méthodes scientifiques au traitement des gastropathies.

Toutefois, ainsi qu'il arrive presque toujours lorsqu'une doctrine nouvelle prend naissance, on attachait une importance trop exclusive aux renseignements fournis par l'analyse chimique du suc gastrique; on eut le tort de prendre les troubles chimiques comme l'unique base d'une classification. D'ailleurs, les premières recherches faites sur le chimisme stomacal avaient conduit à une conception un peu trop simpliste des modifications pathologiques de ce chimisme; ces modifications, on les avait réduites à deux principales: l'une, l'hypochlorhydrie, caractérisée par l'insuffisance de la sécrétion chlorhydrique; l'autre, le type inverse, l'hyperchlorhydrie, par excès de sécrétion chlorhydrique; et ce point de départ erroné avait conduit à unifier la thérapeutique de façon vraiment trop sommaire. S'il y a trop d'acide, disait-on, il faut le saturer; s'il n'y en a pas assez, il faut au contraire en introduire! Ainsi que nous l'établirons plus loin, la physiologie pathologique de l'estomac est infiniment plus complexe et, à l'heure actuelle, bien qu'en possession de notions plus précises, nous ne pouvons nous flatter de la connaître entièrement. Nous sommes d'autant plus autorisé à formuler ces critiques, que l'un des premiers nous avons contribué à vulgariser les données nouvelles fournies par l'examen du suc gastrique.

Ainsi donc, les théories chimiques avaient été simplifiées à l'excès et avaient entraîné par suite une conception erronée de la nature et du traitement des gastropathies.

D'autres médecins tombaient dans un excès contraire; ayant constaté la fréquence des troubles moteurs de l'estomac et particulièrement de sa dilatation, ils firent de la dilatation une entité morbide, une maladie déterminée, et non un syndrome, ainsi qu'il convient de le faire. De cette théorie ils tirèrent des conclusions excessives, et partant inexactes, en attribuant à la dilatation, aux fermentations anormales se produisant dans l'estomac dilaté, l'origine des troubles digestifs d'une part, et, d'autre part, des phénomènes généraux à distance, troubles nerveux et troubles de la nutrition, si fréquents dans les dyspepsies graves et d'ancienne date. D'ailleurs on méconnaissait la distinction que l'on établit aujourd'hui, avec raison, entre la dilatation, signe physique, et l'insuffisance motrice, trouble fonctionnel, qui peuvent être dissociés.

D'autres encore (Hayem) rappelèrent que l'on n'avait pas le droit de méconnaître l'importance des lésions de l'estomac, de cette gastrite que Broussais avait mise au premier plan, dont il faisait la source de tant de maladies, mais que l'on oubliait un peu, tant l'exagération de Broussais avait discrédité sa doctrine.

Enfin, la fréquence des phénomènes nerveux au cours des dyspepsies, la part prépondérante qu'ils occupent dans le syndrome clinique, suscitèrent la théorie des gastropathies nerveuses; cette théorie a donné lieu à d'interminables discussions qui n'ont pas encore pris fin.

En somme, autant de médecins ayant fait des gastropathies l'objet de leurs études, autant de classifications, chacune sans doute contenant une part de vérité, mais chacune aussi incomplète et faussée par son exclusivisme même.

C'est qu'en effet l'estomac est un organe de structure complexe, dont les fonctions sont elles-mêmes complexes. Ce n'est ni un appareil exclusivement moteur, ni uniquement un laboratoire de chimie; c'est un organe composé d'une muqueuse, d'une