

## De la gastrite chronique simple.

**Caractères anatomiques.** — De même que la gastrite aiguë, la gastrite chronique est caractérisée par des changements dans la coloration et la nutrition de la membrane muqueuse; fréquemment aussi on observe des modifications dans l'ampleur et dans la forme du viscère. Celui-ci peut être tellement revenu sur lui-même, lorsque la maladie s'est prolongée, qu'il égale parfois à peine le volume du gros intestin. Dans la gastrite chronique, la membrane muqueuse est rarement colorée en rouge; le plus souvent elle est grisâtre, ardoisée ou brune. Ces colorations sont uniformes, ou bien disposées par zones, par plaques, plus rarement par pointillés, etc.; mais quelle que soit leur distribution, et quelle que soit la nuance de la teinte, on ne peut jamais, d'après ce seul caractère, établir l'existence de la gastrite chronique; car ces colorations se rencontrent fréquemment chez des sujets qui ne présentent aucun trouble du côté des fonctions digestives. D'ailleurs, ainsi que cela résulte surtout des recherches de M. Louis, les colorations diverses de la membrane muqueuse indiquent bien moins une phlegmasie *actuelle* que l'existence d'une inflammation *ancienne*. Dans la gastrite chronique, indépendamment de ces altérations de couleur, on trouve la membrane muqueuse épaissie, plus consistante, ou bien ramollie, et ce ramollissement coexiste souvent avec un amincissement du tissu. D'ailleurs, l'épaississement, l'atrophie ou l'hypertrophie de la muqueuse ne sauraient jamais, à eux seuls, caractériser l'inflammation; car ces lésions peuvent survenir sous l'influence d'une simple altération de nutrition encore inconnue dans son essence, mais que rien ne démontre avoir son point de départ dans un travail inflammatoire. Il en est de même des tissus subjacents à la muqueuse, et surtout des tuniques celluleuse et musculaire qu'on a trouvées quelquefois hypertrophiées isolément ou simultanément avec la membrane muqueuse, et dans une étendue plus ou moins considérable. Sans contester que la gastrite chronique ne puisse produire un pareil effet, il ne faudrait pas, néanmoins, en présence d'une semblable altération, et en n'ayant qu'elle comme élément de diagnostic, conclure tout de suite à l'existence d'une phlegmasie.

Il est une autre variété d'hypertrophie de la membrane muqueuse connue sous le nom d'*état mamelonné*, lésion que M. Louis, qui le premier l'a bien décrite, considère comme étant aussi un résultat de l'inflammation. Dans les points où cette altération existe, la membrane muqueuse présente une foule de saillies plus ou moins arrondies, de 5 à 7 millimètres de diamètre, assez semblables aux bourgeons charnus des plaies en suppuration, mais un peu plus décolorées qu'eux, et séparées les unes des autres par des sillons étroits, dans lesquels la muqueuse est légèrement amincie. Cette lésion, rarement générale, occupe surtout la région pylorique et le voisinage de la grande courbure. Je ne crois pas qu'on puisse être encore bien fixé sur sa nature. Il est possible qu'elle se développe exclusivement par suite d'un travail inflammatoire; mais, s'il en est ainsi, il faut reconnaître que la lésion peut persister encore longtemps après que la phlegmasie est complètement éteinte. Tous les jours, en effet, nous ouvrons des cadavres chez lesquels cet état mamelonné existe au plus haut degré, bien que pendant la vie on n'ait observé aucun trouble appréciable du côté de l'estomac. Je conclus donc que l'état mamelonné, coexistant même avec une coloration ardoisée, ne saurait caractériser *sûrement* une gastrite chronique *actuelle*, mais ces deux altérations sont l'indice ou le vestige

d'un travail pathologique *antérieur*. Indépendamment de cet état mamelonné, la muqueuse stomacale peut présenter encore différentes saillies ou végétations à base large, ou pédiculées, non friables, comme le sont les végétations cancéreuses, et dans lesquelles on reconnaît la texture propre de la muqueuse hypertrophiée ou devenue fongueuse; ailleurs c'est l'appareil folliculaire qui, plus développé que de coutume, forme de petites tumeurs arrondies et blanchâtres. Ces divers états, qu'on rencontre fréquemment sur des estomacs sains, me paraissent être tout à fait indépendants de l'inflammation.

**Symptômes. Marche.** — L'inflammation chronique simple de l'estomac est presque toujours primitive; rarement elle succède à l'état aigu. Dans le premier cas, les digestions commencent à être pénibles; elles s'accompagnent de malaise, de douleurs épigastriques et de céphalalgie; il y a des renvois acides, et souvent des vomissements. Ces accidents diminuent ou cessent lorsque les malades s'astreignent à un régime sévère, lorsqu'ils s'abstiennent de certains aliments. Cependant la difficulté des digestions finit par être permanente; chez presque tous les sujets, il existe une douleur épigastrique, tantôt faible, compressive, d'autres fois forte et lancinante, bornée à un petit espace, ou bien diffuse ou s'irradiant parfois jusque dans le dos ou à la base du thorax. Elle augmente communément après l'ingestion des aliments et des boissons stimulantes; quelquefois, si l'estomac est vide, elle ne se réveille que par la pression extérieure ou pendant la digestion, quelle que soit d'ailleurs la nature des substances ingérées. C'est surtout alors que la douleur, devenue plus vive, et présentant les caractères d'une *crampe*, s'accompagne d'un sentiment d'angoisse des plus pénibles; elle ne cesse souvent que lorsque les malades ont vomé. L'appétit est très-variable; rarement il est conservé ou absolument éteint, mais presque toujours il est insensiblement diminué. On n'observe peut-être jamais dans la gastrite chronique le pica et la boulimie, qui sont au contraire des symptômes très-communs dans les névroses de l'estomac. La soif est le plus souvent nulle ou peu vive, excepté pendant la digestion. Les vomissements qu'on observe dans la gastrite chronique n'ont presque jamais lieu à jeun, mais seulement pendant le travail de la digestion: ils sont formés par des liquides âcres, brûlants, amers, par des aliments plus ou moins digérés. Indépendamment de ces matières liquides, beaucoup de malades expulsent aussi des gaz ayant la fétidité de l'hydrogène sulfuré. Parmi ces individus, les uns n'éprouvent aucune saveur, d'autres ont toujours un goût amer, acide ou poivré dans la bouche. La langue est presque toujours naturelle, et l'on observe bien rarement cette rougeur de la pointe et des bords, et le développement des papilles, que quelques auteurs ont signalés comme un symptôme à peu près constant de la maladie. Enfin, presque toujours il existe une constipation opiniâtre, ou bien il y a des alternatives de diarrhée et de constipation. Cependant les fonctions de l'estomac ne peuvent être perverties longtemps sans que la nutrition en souffre d'une manière notable; aussi presque tous les malades pâlisent et maigrissent. Beaucoup n'ont pas de fièvre; cependant il en est un grand nombre chez lesquels on constate, durant le travail pénible de la digestion, de l'accélération du pouls, de la chaleur à la peau, de la soif et du malaise; enfin on en a même vu qui présentaient tous les symptômes de la fièvre hectique et qui finissaient par succomber dans le marasme.

**Durée. Terminaison.** — La gastrite chronique est une maladie d'une durée toujours longue, rarement moindre de deux à trois mois. Elle se prolonge souvent des années entières. Elle guérit, le plus souvent, après avoir présenté de nombreuses exacerbations; d'autres fois elle a une issue funeste. Cependant il

est très-rare que la gastrite soit la seule cause de la mort; celle-ci s'explique, le plus souvent, par quelque maladie intercurrente.

Il est prouvé aujourd'hui que le cancer de l'estomac n'est ni une variété ni un effet de la gastrite; cependant il est incontestable que, chez des individus prédisposés, un cancer peut se développer dans l'estomac à la suite d'une inflammation, de même qu'on voit quelquefois le cancer de la mamelle succéder à une phlegmasie traumatique de cet organe. D'ailleurs, il existe dans la science quelques faits qui démontrent qu'un cancer a envahi les parois de l'estomac à la suite d'une violente phlegmasie, développée par l'ingestion dans ce viscère d'une certaine quantité d'acide sulfurique ou nitrique. Evidemment, en pareil cas, l'inflammation joue le rôle d'une cause déterminante ordinaire qui n'agit qu'en vertu d'une prédisposition antérieure du sujet. Beaucoup d'individus atteints de gastrite chronique deviennent hypochondriaques.

**Diagnostic.** — Nous verrons plus tard les nombreux points de contact de la gastrite chronique avec la gastralgie, avec la dyspepsie et avec le cancer de l'estomac (voyez ces maladies). Nous dirons combien il est souvent difficile de la distinguer de cette dernière affection.

La gastrite chronique une fois établie, nous ne croyons pas possible de déterminer si elle est générale ou partielle, et, dans ce dernier cas, dans quelle région elle est circonscrite. Tout ce qu'on a dit à ce sujet n'est fondé que sur des idées hypothétiques.

**Pronostic.** — La gastrite chronique simple n'est pas généralement une affection très-grave, à moins qu'elle ne se prolonge longtemps et qu'elle n'empêche la nutrition de se faire.

**Étiologie.** — Les causes de la gastrite chronique simple sont plus obscures encore que celles de la gastrite aiguë; il est impossible, dans l'état actuel de la science, d'émettre sur ce point aucune opinion certaine. Cependant on sait que la maladie, rare dans l'enfance, est plus commune dans la période de vingt à cinquante ans et au delà. Tout porte à penser qu'elle est fréquemment le résultat d'écarts dans le régime ou l'effet d'une nourriture ou trop excitante ou insuffisante; cependant ces propositions ne pourraient encore s'appuyer sur aucune série de faits bien observés: ce sont de simples présomptions plus ou moins probables, mais que l'observation pourrait bien démentir un jour.

**Traitement.** — Lorsque la douleur est vive, continue, il convient de commencer le traitement par une ou par plusieurs applications de sangsues à l'épigastre, et d'administrer en même temps des boissons douces. La diète absolue est rarement nécessaire; elle serait même nuisible. Il faudra donc alimenter tout doucement les malades: le lait, le bouillon, les gelées végétales et animales, les fécules, les fruits cuits seront d'abord employés; puis, aidé de la pepsine, on permettra l'usage d'aliments, en ayant soin de choisir ceux qui, par leur nature ou en raison de l'idiosyncrasie des sujets, seront le mieux supportés. On administrera aussi avec quelque avantage certaines eaux minérales, spécialement les eaux d'Évian, d'Ems, de Bussang, de Plombières, de Wiesbaden, de Vichy, etc.; ces dernières seront surtout utiles lorsque les malades sont tourmentés par des aigreurs. Les malades seront en outre soumis, sous tous les rapports, à une bonne hygiène. Ils seront couverts de flanelle, et l'on cherchera par des frictions, par le massage et par quelques bains sulfureux, à exciter les fonctions de la peau. Si la maladie résiste, il faudra ne pas hésiter à recourir à une médication révulsive locale; on appliquera un vésicatoire à l'épigastre, et s'il ne soulage pas, on le remplacera par un ou deux cautères. Cependant il arrive une époque où, bien que l'état phlegmasique soit éteint,

l'estomac néanmoins ne reprend point ses fonctions; il semble alors que ce viscère soit frappé d'atonie. C'est dans ces conditions qu'il convient de prescrire une nourriture légèrement stimulante: en outre, on donnera les préparations de kina et les ferrugineux, etc.; mais on ne devra jamais employer ce moyen qu'avec prudence et comme à tâtons, jusqu'à ce qu'une amélioration évidente ayant suivi leur emploi, on puisse les ordonner ensuite avec plus de confiance.

#### De la gastrite chronique ulcéreuse.

SYNONYMIE. — Ulcère simple, ulcère parfait.

Il importe d'étudier à part une forme de gastrite chronique nommée *ulcéreuse*, parce qu'elle se caractérise anatomiquement par une ulcération plus ou moins large et profonde de la face interne de l'estomac.

**Historique.** — Jusqu'en 1830 l'ulcère simple de l'estomac était confondu avec le cancer; ce fut à cette époque que M. Cruveilhier distingua, le premier, ces deux ordres de lésions (1). Quelques années plus tard, un éminent pathologiste allemand, Rokitansky, publia des recherches importantes qui vinrent confirmer les travaux de notre illustre collègue (2). Enfin, on doit encore à deux médecins anglais, les docteurs W. Brinton (3) et Bennett (4), des travaux estimables et qui méritent une mention spéciale.

**Anatomie pathologique.** — Les ulcérations ne siègent pas également dans tous les points du ventricule; on les rencontre de préférence vers les deux courbures, surtout près de la petite et dans la moitié pylorique de l'estomac. Le pylore et les environs de cet orifice sont envahis en proportion assez grande, puisque sur 220 cas d'ulcères simples de l'estomac, réunis par M. Brinton, on en trouve 32 siégeant dans cette région.

Les ulcères simples de l'estomac, quel que soit d'ailleurs leur siège, ont des bords durs et saillants, coupés à pic ou en talus; leur fond est grisâtre, également induré; mais ils n'ont ni l'aspect ni la texture des ulcères carcinomateux, et, comme le note M. Cruveilhier, on ne trouve pas, même à leur base, cette hypertrophie de voisinage qui accompagne presque toujours le cancer et qu'on a prise si souvent pour la dégénérescence cancéreuse elle-même. D'autres ont une surface égale, des bords lisses, déprimés, tantôt adhérents, tantôt décollés. Ils ont un diamètre fort variable; il en est qui égalent à peu près en étendue une pièce de 1 à 2 francs, d'autres sont larges comme une pièce de 5 francs; on en voit même qui ont deux ou trois fois plus de surface. La plupart sont circulaires ou elliptiques, mais les plus vastes ont des contours fort irréguliers. Il en est de même lorsque deux ou trois ulcérations, convergeant entre elles, finissent par se réunir. Les ulcérations dont nous parlons peuvent n'atteindre que la muqueuse, tandis que les couches subjacentes sont hypertrophiées; d'autres fois, au contraire, le travail ulcératif les envahit toutes jusqu'au péritoine lui-même, et il en résulte une perforation. Si le travail destructeur a rencontré et atteint une artère considérable, on trouve quelquefois l'estomac distendu par un énorme caillot de sang noirâtre qui s'est moulé sur sa face interne, et au fond de l'ulcération on distingue l'orifice béant du vaisseau divisé. C'est l'artère splénique qui, d'après M. Cruveilhier,

(1) Voyez les 10<sup>e</sup> et 20<sup>e</sup> livraisons de son grand ouvrage d'*Anatomie pathologique*. — Voyez aussi *Revue médicale*, année 1838, et *Archives générales de médecine*, année 1856.

(2) *Archives générales de médecine*, année 1839.

(3) *British Medico-chirurg. Review*, année 1856.

(4) *Clinical Lectures*. Edinburgh, 1858.

a été le plus souvent la source des gastrorrhagies foudroyantes qu'on observe parfois dans la gastrite ulcéreuse.

Lorsqu'il y a perforation, l'estomac peut communiquer largement avec le péritoine; d'autres fois l'ouverture morbide est obturée par un des viscères voisins, qui, ayant contracté une adhérence intime avec les bords, empêche ainsi les matières de s'épancher dans le ventre. Le foie, le pancréas, le côlon, le diaphragme, sont les organes qu'on a vus le plus souvent remplir le rôle d'obturateurs. Il peut se faire alors que, le travail destructeur continuant, ceux-ci soient à leur tour entamés; il en résulte alors des désordres énormes; mais cela se rencontre bien moins dans les ulcères simples dont nous parlons que dans ceux qui sont carcinomateux. (Voyez tome II, *Cancer de l'estomac*.)

En général, il n'existe qu'une seule ulcération; c'est ce que M. Rokitsky a noté, par exemple, 62 fois sur 79. Quelquefois il y en a plusieurs; on peut en compter jusqu'à cinq, six, et plus encore.

Les ulcères de l'estomac peuvent se cicatrifier. Si la perte de substance est peu considérable, la cicatrice sera marquée par une simple dépression lisse et blanchâtre; plus tard, le tissu de nouvelle formation se mettra de niveau avec les parties voisines; mais il se distinguera encore de la muqueuse environnante par une teinte plus mate et parce que la membrane de nouvelle formation ne présentera ni villosités ni follicules. Lorsque l'estomac a souffert une large solution de continuité, lorsque l'ulcération a été profonde, il se forme alors, comme on le voit à l'extérieur, après les grandes pertes de substance, une cicatrice inégale, foncée, irrégulière, dont les éléments sont fournis par les tuniques intestinales qui se rapprochent, et en cas de perforation, par l'organe ou par les organes qui servent d'obturateurs. Dans ces conditions, l'estomac a subi dans sa forme des changements remarquables, et qui tendent encore à augmenter en raison de la disposition qu'a tout tissu cicatriciel à se rétracter. Ainsi l'estomac peut être rétréci transversalement, avoir la forme d'un sablier dont les deux parties communiqueraient entre elles par un anneau fibreux. Si la cicatrice se fait au pylore ou dans son voisinage, cet orifice peut être considérablement rétréci, et ce rétrécissement ayant mis obstacle au passage des aliments, il en résulte souvent une ampliation plus ou moins considérable de l'estomac. Comme conséquence aussi de cet obstacle, les tuniques musculaires s'hypertrophient; il en est de même dans les cas où les cicatrices sont adhérentes à l'un des organes voisins.

Les cicatrices dont nous parlons peuvent être détruites en totalité ou en partie par un nouveau travail ulcérateur; elles peuvent se déchirer dans un effort, par suite d'une pression brusque sur le ventre, ou bien lorsque l'estomac a été soumis à une distension trop considérable.

**Symptômes.** — Si l'ulcère a peu d'étendue, il peut ne provoquer aucun trouble bien appréciable, exister même tout à fait à l'état latent, et, comme je l'ai vu, révéler son existence par un des deux accidents les plus formidables: une perforation ou une gastrorrhagie mortelle. Presque toujours pourtant l'ulcère gastrique détermine des troubles fonctionnels plus ou moins considérables. L'appétit est variable; en général il est plus ou moins diminué, les digestions sont pénibles, longues, douloureuses; les malades ont des aigreurs, des nausées, des vomiturations de matières muqueuses ou alimentaires, parfois ils rejettent du sang pur.

La douleur est remarquable par sa constance et par ses caractères. Elle siège à l'épigastre; elle est souvent limitée à un point que la pulpe de l'indicateur circonscrit et qui est immédiatement placé au-dessous ou à côté de l'ap-

pendice xiphoïde; la pression exaspère la souffrance. Celle-ci est continue, mais exacerbante, augmentant surtout pendant toute la durée du travail digestif, se calmant dans l'intervalle des repas ou lorsque les aliments ont été rejetés peu après leur ingestion. Ces douleurs, ayant le caractère névralgique, sont comparées par les malades à une morsure, à une déchirure, à une brûlure, etc. Les uns les calment par une forte flexion du tronc en avant, d'autres en se plaçant dans une position horizontale. Presque toujours il existe simultanément, dans un point correspondant du rachis, une douleur également circonscrite, très-vive, et que la pression exagère également. C'est au milieu de ces symptômes que l'on voit quelques malades, pâlisant tout à coup, rejeter ensuite par la bouche des flots de sang noir ou rouge, fluide ou en caillot, hémorrhagie qui entraîne après elle un état anémique, cause elle-même de nouvelles souffrances. S'il ne se fait qu'un léger suintement à la surface de l'ulcère, chose rare d'ailleurs, les malades rejettent une matière noirâtre, mélanique, semblable à de la suie, ou bien le sang, franchissant le pylore, est rendu par les selles, altéré et méconnaissable; l'hémorrhagie passe alors aisément inaperçue. Dans quelques cas très-exceptionnels, il peut arriver que les malades ne rendent par le vomissement qu'un ou deux caillots noirâtres, tandis que le sang est expulsé à flots par l'intestin: j'ai vu un malade en rendre ainsi plusieurs litres à la fois.

**Marche. Terminaison.** — L'ulcère chronique de l'estomac a une marche généralement lente, irrégulière, remarquable par des alternatives fréquentes en bien et en mal. Il entretient un état de malaise habituel; les malades maigrissent, dépérissent par la continuité des souffrances et surtout par le trouble des fonctions digestives. Il en est, en effet, qui vomissent invariablement après chaque repas et qui rejettent tous les aliments qu'ils ont ingérés; aussi voit-on quelques malades succomber dans l'épuisement, mais sans présenter pourtant les signes de la cachexie cancéreuse. Plus souvent, lorsque l'affection a une issue fatale, les malades sont violemment emportés par une gastrorrhagie ou par une péritonite suraiguë, consécutive à une perforation du ventricule. Celle-ci surviendrait, d'après M. Brinton, dans un huitième des cas, tandis que la mort par hémorrhagie serait trois fois moins commune.

Ainsi que nous l'avons dit plus haut, la maladie a souvent une heureuse issue; si je ne consultais que ma propre expérience, je dirais qu'elle guérit presque toujours. L'ulcère se cicatrise, et, si la perte de substance n'a pas été trop grande, si la cicatrice ne rétrécit point le pylore, si elle n'est point adhérente, la santé, ainsi que je l'ai vu, peut redevenir aussi bonne que par le passé. Dans le cas contraire, les individus continuent à souffrir pendant le travail digestif, et si la cicatrice siège au voisinage du pylore, elle peut amener une coarctation telle de cet orifice, que les individus succombent à peu près comme nous verrons mourir ceux qui sont atteints d'un squirrhe de cette région.

La gastrite ulcéreuse a une durée indéterminée.

L'ulcère de l'estomac est une maladie sujette à récurrence, soit qu'une solution de continuité se fasse sur un autre point de la surface de l'estomac, soit que le travail morbide détruise en partie ou en totalité la cicatrice elle-même ou bien encore que celle-ci se déchire dans un effort.

**Diagnostic.** — Dans un grand nombre de cas il est difficile de porter un diagnostic précis, de distinguer, par exemple, la gastrite ulcéreuse de la gastrite chronique simple. Lorsqu'il n'existera que de la dyspepsie, des vomissements alimentaires, une douleur que le travail de la digestion exaspère, le dia-

gnostic sera impossible. On penchera pourtant vers une ulcération si la douleur est vive, si elle a le caractère perforant, si elle siège vers l'appendice en un point fixe et si elle retentit dans le dos. Enfin une hématomèse abondante qui arrive au milieu de ces troubles donne au diagnostic une quasi-certitude.

Ce dernier accident doit faire exclure une gastralgie simple. Il sera plus souvent difficile de distinguer l'ulcère simple du cancer stomacal; cependant l'existence d'une douleur fixe et vive sous l'appendice et dans le dos, des hématomèses abondantes, répétées, et une amélioration souvent rapidement obtenue à l'aide d'un traitement régulier, porteront à admettre l'existence d'une ulcération non cancéreuse.

Est-il possible d'en préciser le siège? On ne peut à cet égard que se livrer à des conjectures. (Voy. l'article *Cancer de l'estomac*.)

**Pronostic.** — Nul doute que l'ulcère simple ne soit une lésion grave en raison des accidents qu'il peut produire; cependant il se termine fréquemment par la guérison, c'est ce que prouvent les autopsies. Il n'est pas rare, en effet, surtout dans quelques pays, de trouver des ulcères cicatrisés chez des individus emportés par des affections autres que des maladies d'estomac (1).

**Étiologie.** — L'ulcère simple de l'estomac est une affection qui n'est pas commune en France, du moins à Paris, mais qui l'est davantage dans d'autres contrées: par exemple, en Allemagne (2), en Angleterre et dans quelques autres pays du Nord (3). Il est probable que cela tient au régime et peut-être aux habitudes d'intempérance et d'ivresse plus répandues dans ces pays que chez nous.

Les statistiques publiées s'accordent aussi à reconnaître que la maladie est beaucoup plus commune chez la femme que chez l'homme (4). Rare avant dix ou quinze ans, on rencontre la lésion à peu près indifféremment depuis la puberté jusqu'à l'extrême vieillesse.

Presque toujours l'ulcère simple se forme lentement, quelquefois il a paru être l'effet d'une contusion, d'une violence ou de l'ingestion d'une substance irritante ou caustique; mais ces cas sont très-exceptionnels. Le mécanisme de leur production est inconnu; on comprend d'ailleurs qu'il ne doit pas être le même dans tous les cas. L'ulcération peut, en effet, se faire tantôt de dedans en dehors, ou bien être la conséquence d'un foyer circonscrit, d'un abcès ouvert dans la cavité de l'estomac. Tout porte à croire que ce dernier cas est le plus rare.

**Traitement.** — Dans la gastrite ulcéreuse, il faut calmer les douleurs et n'introduire dans l'estomac que des substances douces qui agissent topiquement d'une manière favorable et qui soient suffisantes pour alimenter les individus. Le lait réunit cette double condition; il a été recommandé simultanément par MM. Cruveilhier et Rokitansky, et j'en ai moi-même bien souvent constaté les bienfaits. Les malades seront soumis exclusivement à une diète lactée. Ils vivront de lait pur, ou coupé avec de l'eau de Vichy; ils le boiront froid ou chaud, frais ou bouilli, suivant qu'il est plus ou moins bien digéré dans ces divers états. Il est pourtant quelques malades qui, exceptionnellement,

(1) Brinton, sur 360 cas d'ulcères simples trouvés à l'autopsie, dit que 170 étaient cicatrisés, et 190 dans leur période d'état.

(2) Rokitansky, en 1839, donnait l'analyse de 79 cas.

(3) Brinton dit que sur 7226 autopsies, il a trouvé 360 cas d'ulcères simples, c'est-à-dire 5 pour 100. — Bennett estime qu'à Edimbourg l'ulcère est constaté environ 3 fois sur 100 autopsies, tandis qu'à Copenhague et dans diverses parties de l'Allemagne la proportion serait de 13 pour 100.

(4) Sur 654 cas analysés par M. Brinton, on trouve 440 femmes et 214 hommes.

ne peuvent supporter le lait; on remplace alors cet aliment par des panades, par des décoctions mucilagineuses, par des bouillons de poulet, par des gelées, par quelques fécules; on n'arrive à des aliments plus substantiels que progressivement et lorsque la maladie semble toucher à la guérison. La plupart des malades sont soulagés comme par enchantement, et s'habituent à la diète lactée qu'ils tolèrent des mois entiers, et qu'ils continuent d'eux-mêmes, car ils en apprécient les bienfaits tout de suite. Mais le régime ne remédie pas à tout, et surtout aux douleurs gastralgiques. Celles-ci seront combattues par l'opium porté jusqu'à effet sédatif: lui seul peut ici se montrer utile. On prescrira en même temps quelques bains gélatineux ou sulfureux; les malades seront en outre soumis aux meilleures conditions hygiéniques. Rokitansky s'est montré partisan d'une médication révulsive: il a conseillé d'appliquer à l'épigastre des vésicatoires, des cautères, des moxas. Ces moyens m'ont paru inutiles; je crois qu'on ne doit y recourir que lorsque le traitement qui précède a été impuissant.

En cas de vomissements de sang, voyez, pour les indications à suivre, l'article *Hématémèse*.

## DE L'ENTÉRITE ET DE LA COLITE AIGÜES

Le mot *entérite* semblerait devoir exprimer toute inflammation siégeant sur un point quelconque de la membrane muqueuse du tube intestinal; mais l'usage l'a surtout consacré pour désigner la phlegmasie de l'intestin grêle, et surtout celle qui occupe le jéjunum et l'iléon. L'inflammation du duodénum a reçu le nom spécial de *duodénite*, comme celle du gros intestin prend ceux de *colite* ou de *rectite*, suivant que la maladie occupe le côlon ou le rectum. Il n'est pas jusqu'à l'inflammation du cæcum qu'on n'ait désignée par un mot spécial, par celui de *typhlite*.

L'entérite est caractérisée par des douleurs abdominales plus ou moins vives, et ordinairement mobiles, s'accompagnant de selles liquides, muqueuses ou bilieuses en nombre plus ou moins considérable.

**Divisions.** — Parmi les nombreuses divisions qui ont été établies dans l'histoire de l'entérite, nous croyons qu'on ne doit conserver que celles qui font distinguer la maladie en *bénigne* et en *grave*, en *aiguë* et en *chronique*. Enfin, il est une espèce d'entéro-colite qui, en raison des lésions qui l'accompagnent, des symptômes qui la caractérisent et de sa nature spécifique, constitue une maladie distincte de l'entérite proprement dite: je veux parler de la *dysenterie*, dont nous traiterons en particulier.

**Caractères anatomiques de l'entéro-colite.** — Les caractères anatomiques de l'inflammation sont les mêmes dans l'intestin que dans l'estomac; on trouve, en effet, dans l'un et dans l'autre, les mêmes modes d'injection et de coloration et les mêmes altérations de nutrition. Pour peu que l'entérite ait une certaine durée et une certaine intensité, la membrane muqueuse est non-seulement rouge, mais elle est en outre boursoufflée, épaissie ou amincie, friable ou ramollie (1). Le tissu cellulaire sous-muqueux est souvent épaissi et assez induré.

(1) Pour bien apprécier ces altérations, il faut se rappeler que la muqueuse intestinale est naturellement blanche, que son épaisseur est un peu plus considérable dans le jéjunum que dans l'iléon; on peut la comparer à celle d'une feuille de papier joseph (Louis). A l'état sain, la muqueuse peut fournir des lambeaux de 10 à 23 millimètres (5 à 10 lignes), lorsque après l'avoir incisée on la saisissant avec une pince ou avec le bout des ongles. La muqueuse du gros intestin est plus ténue, et fournit des lambeaux plus longs.