SIXIÈME LEÇON

DU LAVAGE ET DU GAVAGE DE L'ESTOMAC

SOMMAIRE. — Du lavage de l'estomac. — Historique. — Du manuel opératoire. — Du siphon stomacal. — Son introduction. — Liquides à employer pour le lavage de l'estomac. — Du pansement de la muqueuse stomacale. — Quantité de liquide. — De la pompe stomacale. — Du gavage. — Des poudres alimentaires. — Des poudres de viande. — Des poudres féculentes. — Des gaveuses.

Du lavage de l'estomac.

Messieurs, le lavage de l'estomac est une méthode qui donne, dans un grand nombre d'affections de l'estomac, de merveilleux résultats, et je suis aujourd'hui un des partisans les plus convaincus de ce procédé. Vous pouvez voir, d'ailleurs, chaque jour, dans mon service, les heureux résultats et quelquefois même les véritables résurrections que nous en obtenons. Si j'exprime aujourd'hui devant vous avec tant de netteté mon opinion, c'est qu'au début et après les quelques tentatives que j'avais faites à la suite des travaux de Küssmaul, je n'avais pas été très satisfait de mes premiers essais, mais aujourd'hui, grâce à la découverte de Faucher, tous les inconvénients ont disparu, et nous ne pouvons tirer de cette méthode que des avantages.

On m'a vivement reproché ce changement d'opinion et même un de nos confrères espagnols (*a*) m'a attribué à cet égard les vues les plus étranges. La téhrapeutique, messieurs, n'est pas immuable, et toutes les fois que, par des méthodes spéciales, on vient à faire progresser la cure de certaines maladies, et surtout lorsque le procédé que l'on

(*a*) *Revista de ciencias medicas*, 25 juillet 1882 et *Journ. de méd. de Paris*, 30 septembre 1882, n°s 11 et 13.

est appelé à juger a été longtemps soumis à une expérimentation approfondie, notre devoir est d'accueillir cette nouvelle pratique, quelque répugnance que nous ayons eu à le faire au début de l'expérimentation. J'ai donc en effet changé totalement d'opinion à l'égard du lavage de l'estomac; je vous ai exprimé les raisons de ce changement et je m'honore d'avoir agi ainsi.

Historique. L'idée de retirer les liquides de l'estomac par un procédé mécanique est une idée toute française : j'ai montré dans la première édition de mes *Leçons de clinique thérapeutique* que c'est à Casimir Renault que l'on doit l'attribuer (1); c'est encore un Français, Blatin, qui a eu, en 1832, la pensée du lavage de l'estomac, mais, je reconnais néanmoins que

(1) Boerhaave a conseillé, le premier, d'injecter dans le ventricule des liquides au moyen d'une sonde œsophagienne, mais il n'a pas parlé de l'extraction de ces liquides. C'est Casimir Renault (1802) qui, dans sa thèse, a conseillé le premier l'emploi de la déplétion mécanique de l'estomac contre les empoisonnements. Voici ce qu'il dit à ce sujet : « Je ne sache point qu'il soit venu à l'esprit de personne de vider l'estomac mécaniquement et sans le secours d'aucune force vitale; cependant, rien n'était plus facile à imaginer, car les mêmes instruments mis en usage pour le remplir peuvent servir à le désemplir. »

Quelques années plus tard (1810), Dupuytren fit un grand nombre d'expériences à ce sujet et montra l'innocuité et l'avantage de la déplétion mécanique de l'estomac. Vers la même époque, un médecin anglais, Edward Jukes, renouvela ces essais et fit sur lui-même une expérience des plus intéressantes; il s'empoisonna avec l'opium, et pour éviter les effets de cet empoisonnement, il se fit vider l'estomac par une pompe stomacale qu'il avait inventée.

D'ailleurs, les instruments employés à cet usage ont peu varié, et c'est une seringue plus ou moins modifiée que l'on a employée. Un des premiers appareils a été inventé par le docteur Physick (de Philadelphie); Read (de Londres) avait aussi inventé une pompe qu'Astley Cooper avait adoptée. Lafargue, en France (1837), avait imaginé une pipette analogue au siphon.

Arnold en 1829, Somerville à la même époque, puis Plosz, ont imaginé des tubes mous et appliqué la théorie du siphon à la sortie des liquides de l'estomac; mais tubes mous ou siphons étaient tombés dans l'oubli et ce n'est que depuis les travaux d'Oser et ceux de Faucher (1868) que le siphonage de l'estomac est devenu d'une pratique courante.

En 1832, Blatin écrivait ce qui suit, à propos de la gastrite. « Il y aurait avantage à associer le lavage du viscère phlogosé et l'introduction de vapeurs simples ou médicamen-

c'est Küssmaul qui fit passer cette idée toute théorique dans le domaine pratique et c'est à lui que revient l'honneur de cette nouvelle médication.

C'est en 1867, au Congrès des médecins allemands qui se tenait à Francfort-sur-le-Mein, que ce médecin a fait connaître le résultat de sa pratique. Il employait l'ancienne sonde œsophagienne, à laquelle on adaptait une seringue aspirante et foulante, et c'était par le jeu de cet instrument, qu'il décrivait sous le nom de pompe stomacale, que l'on pouvait introduire des liquides dans l'estomac ou bien en retirer. Cette méthode, si elle avait des avantages, présentait aussi des inconvénients; l'introduction du tube rigide était pénible; de plus, l'extrémité de cette sonde irritait, par sa présence, les parois de l'estomac (1); aussi, après avoir fait quelques tentatives avec la pompe de Küssmaul,

teuses aux moyens thérapeutiques ordinaires. » Blatin conseille d'employer à cet effet une sonde dont l'extrémité servant d'entonnoir recevrait la canule d'une pompe aspirante. Jamais l'idée de Blatin n'a été appliquée à cette époque.

C'est en 1867, lors de la quarantième réunion des naturalistes et médecins allemands à Francfort-sur-le-Mein que Küssmaul fit connaître les résultats de sa méthode et il fut suivi bientôt par Niemeyer, Bartels, Liebermeister et surtout par Reich (de Stuttgart) (*a*).

(1) Les accidents déterminés par la pompe aspirante et foulante de Küssmaul, adaptée à une sonde œsopha-

(*a*) Casimir Renault, *Essai sur les contrepoisons de l'arsenic*, Paris, an X, n° 39. Thèse. — Lafargue, *De la déplétion mécanique de l'estomac au moyen de la pompe stomacale* (*Bull. de thérap.*, t. XXII, p. 507). — Blatin, *Du lavage de l'estomac et de la médication atmidriatique interne dans quelques cas de gastrite aiguë* (*Revue médicale française et étrangère, journal clinique de l'Hôtel-Dieu et de la Charité*, t. Ier, mars 1832, p. 367). — Küssmaul, *Schmidt's Jahrbüch.*, vol. CXXXVI, p. 386. — *Arch. gén. de méd.*, 1878, t. Ier, p. 445 et 557. — P. Reich (de Stuttgart), *Die Anwendung der Magenpumpe bei chron. Erkrankungen des Magens*, 30 juin 1868. — Faucher, *Du siphon stomacal* (*Acad. de méd.*, 25 novembre 1879; *Journ. de thérap.*, 1881; Thèse de Paris, 1881). — Dujardin-Beaumetz, *Du lavage de l'estomac* (*Bull. de thérap.*, 1880, t. XCIX, p. 337). — Germain Sée, *Des dyspepsies gastro-intestinales*. Paris, 1881, p. 298. — Sevestre, *Du lavage de l'estomac* (*Progrès médical*, 1881). — Debove et Broca, *Du lavage de l'estomac et l'alimentation artificielle dans quelques affections chroniques de l'estomac* (*Progrès médical*, 30 novembre 1882, n° 39, p. 735). — Lafage, *Traitement de la dilatation de l'estomac par le lavage*. Thèse de Paris, 1881. — O. Armangué (de Barcelone), *Ajuntes historicos sobre et lavado gastrico y el extetension del estomago* (*Rev. del cienc. med.*, 1882, nos 7 à 20).

j'abandonnai cette méthode. Mais la découverte que fit Faucher, en 1879, et celle que fit presque en même temps, en Allemagne, Oser, vinrent modifier mon opinion.

Cette découverte consistait dans l'introduction d'un tube mou et flexible dans la cavité de l'estomac et dans l'application de la théorie physique du siphon à l'introduction et à la sortie des liquides contenus dans cet organe. A partir de ce jour, j'ai multiplié les applications du siphon stomacal, et l'un de mes élèves, le Dr Joseph Lafage, a réuni, dans son

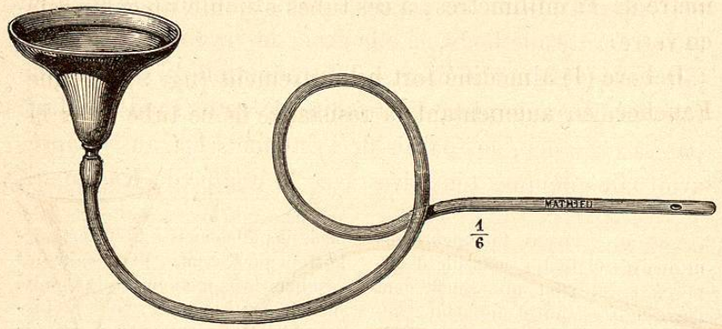

Fig. 8.

excellente thèse, un grand nombre de ces observations; et depuis que je pratique si fréquemment le lavage de l'estomac, je n'ai eu qu'à me louer de la détermination que j'avais prise.

Aujourd'hui je vois avec plaisir que cette méthode tend à se généraliser, et je serai heureux d'avoir contribué pour une faible part à ce résultat, tellement je suis convaincu de l'excellence de la méthode que je préconise devant vous.

Manuel opératoire. Comment se pratique le lavage de l'estomac? et ici nous avons à nous occuper de l'instrument qu'il faut employer,

gienne rigide, ont été souvent notés. Ainsi, Ziemssen a vu la muqueuse entraînée dans les yeux de la sonde subir des déchirures; d'autres fois, on a observé des hémorrhagies et Wiesner en a signalé un cas.

de la manière de s'en servir et des liquides dont on doit user pour laver la cavité stomacale.

Siphon stomacal. Le siphon stomacal, comme vous pouvez le voir (fig. 8), est en caoutchouc souple, il présente une longueur de $1^{m},50$; un index saillant placé sur la paroi vous indique à quelle profondeur il doit pénétrer. Il existe dans le commerce trois dimensions de ces tubes que l'on dénomme sous le nom de tubes n° 1, n° 2, n° 3, le premier ayant un diamètre de 8, le second un diamètre de 10 et le troisième un diamètre de 12 millimètres; à ces tubes s'ajoute un entonnoir en verre.

Debove (1) a modifié fort heureusement (fig. 9) ce tube Faucher, en augmentant la résistance de ce tube dans la

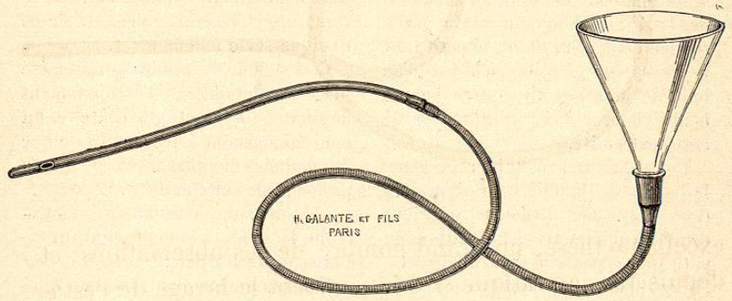

Fig. 9.

portion qui doit pénétrer dans l'estomac, de telle sorte que cette portion du tube, tout en conservant son élasticité, possède encore une résistance suffisante pour qu'on le fasse

(1) Galante a construit, sur les indications de Debove, un tube Faucher qui ne présente pas dans toute sa longueur des parois de même épaisseur. La partie inférieure, qui doit pénétrer dans l'estomac, présente une épaisseur assez considérable et une surface extrêmement lisse, ce qui permet de l'introduire facilement dans l'estomac, grâce à la rigidité relative que présente ce tube. La partie supérieure, qui reste hors de la cavité buccale et qui ne sert qu'au siphon, est, au contraire, en caoutchouc beaucoup plus mince et beaucoup plus souple.

pénétrer par poussées successives dans l'intérieur de l'estomac.

On a aussi proposé d'introduire dans l'estomac des sondes à double courant, pour permettre une irrigation continue dans la cavité stomacale; Audhoui a construit l'une de ces sondes (1) à double courant, sondes que le docteur Boisseau du Rocher (2) a perfectionnées dans ces derniers temps.

(1) La sonde du docteur Audhoui est formée de deux tubes de caoutchouc anglais, de calibre inégal, l'un grand, l'autre petit, joints ensemble dans la partie qui doit pénétrer jusqu'à l'estomac, isolés dans la partie qui doit rester au dehors. Cette disposition donne à la sonde la forme d'un Y.

La longueur totale de la sonde est de $1^{m},45$; la longueur de la partie soudée de 0^{m}, 60. Enfin, le petit tube ne va pas du côté stomacal jusqu'au bout de la sonde; il s'ouvre par un orifice latéral à 12 centimètres de cette extrémité.

Le calibre du gros tube représente le n° 29 de la filière de Charrière (9^{mm} 2/3). Son diamètre intérieur est de 6 millimètres. Le calibre du petit tube représente le n° 15 de cette filière (4 mm.). Son diamètre intérieur est de 3 millimètres.

L'orifice stomacal du petit tube a 5 millimètres de long sur 2 millimètres de large. De son côté, le gros tube présente trois ouvertures : celle de l'extrémité et deux latérales. Ces dernières, ovales, ont 1 centimètre de longueur sur 5 millimètres de largeur.

Pour faire jouer l'appareil, on introduit la sonde à la manière ordinaire et l'on fixe le conduit sur un réservoir capable de donner une grande masse d'eau sous une pression suffisante. La longue branche du siphon tombe dans un bassin placé à côté du sujet.

L'appareil étant disposé de la sorte, on ouvre le robinet du réservoir. L'eau jaillit dans l'estomac et s'y accumule.

Un effort léger, une secousse de toux amorcent le siphon, et le courant, une fois établi, peut durer en quelque sorte indéfiniment.

Cette sonde à double courant a été placée à demeure à l'établissement de Châtel-Guyon et, grâce à elle, on peut faire passer à travers l'estomac des malades un courant plus ou moins prolongé de cette eau (*a*).

(2) Voici sur quelles bases est construite la sonde à double courant de Boisseau du Rocher :

L'instrument se compose d'un tube en caoutchouc à double courant, sur les parties libres duquel se fixent un appareil à injection et un appareil d'aspiration.

Le tube, construit par un procédé spécial de fabrication, est fait de telle sorte que les deux courants aient le même diamètre, le diamètre total extérieur étant cependant inférieur à la somme des deux diamètres intérieurs. Par exemple, le tube ayant un diamètre extérieur de 11 millimètres, le diamètre de chacun des

(*a*) Audhoui, *Journal de thérap. contemp.*, n° 38, 21 septembre 1881, et *Traité du nettoiement des voies digestives*. Paris, 1881.

Malgré tous ces perfectionnements, les sondes à double courant sont peu appliquées dans la cure des affections de l'estomac.

Introduction du siphon.

Lorsque chez un malade vous appliquerez pour la première fois le siphon stomacal, je suis d'avis que vous vous

deux courants a 7 millimètres. Ce résultat est obtenu en façonnant le tube de telle manière que le courant d'aspiration ait dans l'un de ses diamètres 8 millimètres, dans l'autre 6 millimètres. Les diamètres du courant d'injection ont 10 millimètres et 4 millimètres. La paroi du courant de sortie, épaisse de 2 millimètres, est assez forte pour résister à l'aspiration et pour empêcher que le tube ne s'aplatisse aux différentes courbures. La paroi d'injection, très faible, mais cependant suffisante pour résister à une forte pression du liquide injecté, est assez élastique pour ne pas s'affaisser dans les courbures. L'affaissement qui se produit par l'introduction du tube et en réduit la grosseur, tout en laissant à la colonne liquide un passage suffisant pour se mouvoir, distendre la paroi, et la ramener à ses dimensions normales, facilite l'introduction, et permet d'employer des tubes beaucoup plus gros que par le passé.

La partie libre du courant d'injection se fixe sur un robinet gradué qui fait suite à deux poires en caoutchouc, l'une dilatable et l'autre rétractile : le réservoir, l'autre destinée à puiser le liquide à injecter.

L'appareil d'aspiration, fixé sur l'autre partie libre du tube, est constitué, en haut, par un tube en métal à double courant (de courants inégaux) en forme d'Y; en bas, par un autre tube de même disposition, ces deux tubes étant reliés entre eux par des tubes de caoutchouc et séparés par une soupape contenue dans un ajutage en verre. Les deux branches de plus petit calibre des tubes en Y sont reliées entre elles par une poire en caoutchouc destinée à faire le vide depuis la soupape jusqu'à l'extrémité stomacale. La disposition intérieure des tubes en Y permet de faire l'aspiration sur la colonne liquide en mouvement, et dans le sens du courant, de sorte que la quantité de liquide qui s'écoule normalement et sans aspiration est augmentée de la quantité aspirée. La vitesse du courant de sortie est donc augmentée au gré de l'opérateur.

La quantité du liquide injecté varie au gré de l'opérateur, avec une pression variable voulue et déterminée par les indications.

En prenant la minute pour unité de temps, le tube de sortie débite : sans aspiration, 2 litres; avec aspiration, 2 litres et demi.

Le courant de sortie étant établi par la dilatation de la poire comprimée, le liquide s'écoule comme dans le siphon. Si l'on veut augmenter le débit et par conséquent la vitesse du courant de sortie, il suffit de faire des aspirations répétées. Et plus grande est la vitesse du courant, plus vite sont entraînés les détritus à l'orifice du tube, plus est complet et rapide le lavage (*a*).

(*a*) Boisseau du Rocher, *Nouvel Appareil pour le lavage de l'estomac* (*Soc. de thérap.*, séance du 28 mai 1884; *Bull. et mém.*, 1884, p. 7).

serviez d'un tube Debove de petit diamètre (tube n° 1), puis, lorsque le malade sera habitué à cette introduction, vous pourrez employer un tube d'un siphon ordinaire d'un diamètre beaucoup plus considérable.

L'introduction de cet instrument est le plus souvent des plus faciles. Vous vous placez en face du malade, auquel vous faites ouvrir la bouche et porter la langue en avant; vous enfoncez alors l'extrémité du tube dans l'arrière-bouche, et une fois que vous avez atteint la base de la langue, vous faites exécuter au malade des efforts de déglutition et à mesure que ces mouvements s'exécutent, vous poussez le tube dans l'œsophage. Une fois la première partie de l'œsophage franchi, vous pouvez activer beaucoup vos pressions et faire descendre alors le tube avec une certaine rapidité.

Pour rendre cette descente du tube dans l'estomac plus facile on a conseillé de l'enduire de substances grasses; les uns ont proposé l'huile, d'autres la vaseline, d'autres enfin la glycérine. Il faut repousser absolument tous ces corps gras qui laissent souvent à leur suite un goût désagréable dans la bouche, et, pour faire pénétrer votre tube, il vous suffira de le tremper dans l'eau de Vichy, soit encore, ce qui vaut mieux, dans le lait.

Une fois que le tube est ainsi introduit jusqu'à la marque saillante qui y est tracée, vous y ajoutez l'entonnoir, vous le remplissez de liquide puis, au moment où le liquide va disparaître à sa partie inférieure, vous l'abaissez rapidement, et les liquides contenus dans l'estomac vont s'écouler dans le seau que vous avez eu soin de placer entre les jambes du malade.

Pendant l'introduction du tube, il se produit certains phénomènes qu'il faut que vous connaissiez; l'un des plus importants, à coup sûr, est la dyspnée qu'éprouve le malade.

Les yeux s'injectent, la figure devient rouge, et le malade prétend qu'il ne peut respirer. Aussi je ne saurais trop vous recommander, soit pendant l'introduction du tube, soit surtout lorsqu'il est en place dans l'estomac, de faire respirer largement le malade.

A cette dyspnée se joignent les nausées et les vomissements qui résultent de cette introduction; ces acccidents se produisent à deux périodes : lorsqu'on commence à faire franchir la première portion du pharynx, ou bien lorsque le tube arrive dans l'estomac. Chez un certain nombre de personnes, la sensibilité de l'arrière-bouche est telle, qu'on ne peut y toucher sans amener des nausées et des vomissements pénibles. Lorsque nous ne possédions pas la cocaïne, je prescrivais pendant quelques jours, avant la première tentative de cathétérisme, une médication bromurée (bromure de potassium ou polybromure), dont l'effet, vous le savez, est d'anesthésier le pharynx dans une large mesure. Depuis que nous connaissons ce précieux anesthésique, le chlorhydrate de cocaïne, on peut très facilement supprimer presque complètement tous les phénomènes réflexes, il suffit pour cela de badigeonner le pharynx avec une solution au vingtième de ce médicament : l'introduction de la sonde œsophagienne peut alors se faire sans aucune gêne pour le malade. Aussi ai-je toujours l'habitude de procéder à ce badigeonnage de l'arrière-gorge chez tous les malades dont je dois laver l'estomac, surtout pour les premières tentatives. Il est bien entendu que vous mettrez cinq minutes au moins entre ce badigeonnage et l'introduction du tube.

Les seconds phénomènes, c'est-à-dire ceux que détermine la présence du tube dans l'estomac, sont plus difficiles à éviter; d'ailleurs ils sont beaucoup plus rares, et, le plus souvent, vous les ferez disparaître en introduisant de suite une certaine quantité d'eau dans l'estomac. Vous éloignerez