

de perchlorure de fer, Ewald, Minkowski simplement avec de l'eau glacée.

Au début de leur vulgarisation, les lavages ont été utilisés, sans discrétion, dans la plupart des cas de gastrite chronique; il est certain que, dans un assez grand nombre de cas, avec hypersécrétion muqueuse manifeste (gastrite alcoolique), quelques lavages faits avec une solution alcaline procurent une amélioration très réelle, de même dans la gastrite hypopeptique avec fermentations intenses; mais il convient de ne pas en abuser; une série ininterrompue de 8 ou 10 lavages sera suffisante; ensuite, il convient de n'avoir recours à ce moyen qu'à intervalles espacés.

Le lavage donne encore parfois de bons résultats dans certains cas de dyspepsies nervo-motrices, après essai des traitements les plus divers, sans qu'une indication précise puisse en justifier l'emploi. C'est dans ces cas que l'on peut invoquer l'influence « psychique » de ce moyen; il en est de même dans certains cas de troubles gastriques isolés d'origine nerveuse : gastralgie, vomissements, etc.

Rappelons brièvement le manuel opératoire du lavage de l'estomac qui, proposé dès 1802 par Casimir Renault comme remède héroïque dans les empoisonnements, n'entra dans la pratique qu'à partir des travaux de Kussmaul, et surtout de l'adoption de l'appareil de Faucher, d'un maniement plus simple que celui de la pompe aspirante dont se servait Kussmaul.

L'appareil de Faucher, qui met en pratique le procédé du siphon, se compose d'un tube de caoutchouc rouge, mesurant 1^m,50 de longueur et 8 à 12 millimètres de diamètre extérieur; ses parois sont assez épaisses pour que son calibre ne puisse être effacé par les contractions des muscles œsophagiens. Il présente à son extrémité gastrique un orifice circulaire et une fente située latéralement. A l'autre extrémité s'adapte un entonnoir en verre. Un point de repère, situé à 50 centimètres de l'extrémité gastrique, permet de limiter l'introduction du tube.

M. Debove a modifié très légèrement l'appareil de M. Faucher en substituant à la sonde molle une sonde plus rigide, permettant par conséquent de vaincre plus facilement les contractions spasmodiques, mais néanmoins assez souple pour rendre tout traumatisme impossible. Elle se compose de deux parties réunies par une armature métallique; la partie œsophagienne mesure 50 centimètres; l'autre partie, complètement molle, est longue de 90 centimètres.

Pour introduire le tube, on déprime la base de la langue avec l'index de la main gauche et on le fait glisser, après l'avoir trempé dans l'eau tiède, contre la paroi postérieure du pharynx. On prie alors le malade de faire des mouvements de déglutition, et une pression légère fait rapidement pénétrer le tube dans l'œsophage, puis dans l'estomac.

Le malade doit respirer largement, ce qui empêche la congestion excessive de l'extrémité céphalique et permet de s'assurer que la sonde a bien réellement pénétré dans l'œsophage; il doit aussi se pencher en avant pour faciliter l'écoulement de la salive; en effet, le contact de la sonde provoque une hypersécrétion salivaire abondante qui inonde la bouche du malade. D'autre part, surtout lors des premières séances, il détermine un spasme de l'œsophage et de l'estomac, qui provoque souvent l'expulsion de la sonde; aussi faut-il maintenir celle-ci avec une certaine vigueur.

Il est exceptionnel que l'on soit obligé d'anesthésier le pharynx par un badigeonnage préalable à la cocaïne, chez les sujets à réflexes particulièrement exagérés.

Le tube introduit dans l'estomac, on remplit l'entonnoir d'une certaine quantité d'eau, un tiers de litre environ, et on l'élève ensuite au-dessus de la tête du malade, auquel on confie habituellement le soin de maintenir le tube. Quand le liquide est sur le point de disparaître, on abaisse vivement le tube et l'on établit ainsi le siphon. L'eau s'écoule entraînant avec elle les débris alimentaires, le mucus. Il peut arriver, quand l'estomac est très dilaté et complètement atone, que le premier liquide introduit ne s'écoule pas; le siphon n'est complètement amorcé, dans ces cas, qu'à la seconde ou à la troisième introduction du liquide. Il est utile, en semblable occurrence, de masser légèrement l'estomac de façon à déterminer sa contraction.

Chez les malades porteurs d'un estomac biloculaire, le liquide, qui était d'abord ressorti limpide, se trouble tout d'un coup et revient chargé de débris alimentaires, la poche inférieure s'étant vidée en dernier lieu.

On a de plus en plus tendance à employer l'eau bouillie, sans addition de substances médicamenteuses; cependant l'addition de bicarbonate de soude s'impose dans les cas de gastrite chronique avec hyperproduction de mucus.

L'eau est introduite à température indifférente, c'est-à-dire voisine de 38°; on peut employer une température légèrement supérieure, pour déterminer le réveil des contractions d'un estomac atone ou bien, au contraire, de l'eau glacée quand on veut arrêter une gastrorragie.

Dans la grande majorité des cas, on n'introduit en une séance qu'un litre de liquide, en ayant soin de ne verser dans l'entonnoir qu'un tiers à la fois. Dans les cas de stase, on est conduit à faire passer plusieurs litres dans l'estomac; mais, ainsi qu'il a été dit plus haut, 3 ou 4 litres suffisent en général, et il est nuisible de faire passer 15 ou 20 litres d'eau, ainsi qu'on le faisait couramment il y a quelques années.

Surtout, lorsqu'on a lieu de craindre une gastrorragie, il faut éviter d'élever le tube à une grande hauteur, ce qui augmenterait la force aspiratrice et rendrait plus grandes les chances d'hémorragies.

Le *gavage* est utilisé dans le traitement de certaines dyspepsies; on l'emploie chez les hystériques atteintes d'anorexie ou de vomissements incoercibles et chez les tuberculeux présentant les mêmes troubles. Dans ce dernier cas, on le fait précéder habituellement d'un lavage; on introduit ensuite par la sonde du lait, des œufs, parfois de la poudre de viande.

Au lavage de l'estomac, dans les cas de stase, MM. Mathieu et Laboulais (*Société de thérapeutique*, 25 octobre 1901) préférèrent l'emploi combiné du *tubage évacuateur suivi de gavage avec de la poudre de viande*.

Le tubage, fait le matin à jeun, suffit en général à évacuer le contenu de l'estomac; toutefois, si la bouillie stomacale est trop épaisse, si elle existe en grande quantité, il faut faire un petit lavage (un litre au plus en trois ou quatre fois). Dans les cas de fermentations excessives, il sera bon de faire usage d'une solution de salicylate à 5 pour 1000.

Au bout de trois ou quatre jours, on se contentera d'évacuer le liquide de stase par expression, au besoin par aspiration, mais sans faire de lavages.