

recouverte d'onguent, et au travers de laquelle on a passé le tube de la canule, protège la plaie contre les pressions de l'instrument. Les sutures doivent être rejetées dans la diphtérie.

Il y a peut-être quelque avantage, après l'introduction de la canule, à recouvrir la plaie d'une mince couche de ouate imbibée de perchlorure de fer. La plaie se recouvre ainsi d'une croûte sèche qui peut sans doute la protéger contre l'infection (KROENLEIN). Depuis quelque temps nous avons l'habitude de mettre sur la plaie une couche épaisse d'onguent boriqué, et d'entourer le tube de la canule d'un gâteau de ouate-charpie boriqué enduit de ce même onguent (Borlint).

§ 133. — Le **traitement consécutif**, principalement dans la diphtérie, exige les plus grands soins. TRENDELENBURG insiste avec raison sur les avantages qu'il y a à laisser auprès de l'enfant opéré une bonne garde-malade, et nous sommes parfaitement d'accord avec lui lorsqu'il pense que le traitement consécutif doit être confié au personnel exercé d'un hôpital. Dans le voisinage des hôpitaux où l'on fait souvent des trachéotomies, le public sait très bien que les soins nécessaires ne peuvent guère être donnés que là ; de la ville et de la campagne les parents y apportent leurs enfants pour l'opération et les soins consécutifs. S'il n'est pas possible d'envoyer l'enfant à l'hôpital, il faut au moins avoir à sa disposition une infirmière habituée à l'opération et aux accidents qui peuvent survenir dans la suite. Elle pourra remédier à certains accidents et même sauver l'enfant, mais le chirurgien n'en aura pas moins beaucoup à faire. L'opérateur qui, dans une trachéotomie faite chez un enfant diphtéritique, s' imagine qu'il a terminé sa tâche une fois qu'il a posé son bistouri et introduit la canule, aurait beaucoup mieux fait, dans la plupart des cas, de ne pas entreprendre une pareille opération. Dans quelques cas isolés, et j'en ai observé moi-même, on peut, il est vrai, enlever la canule du quatrième au sixième jour et voir la plaie se cicatriser ; mais ce n'est point là la règle. La plupart des malades diphtéritiques auxquels on a fait la trachéotomie, offrent dans la suite une série d'accidents asphyxiques jusqu'à ce qu'ils se trouvent hors de danger. Dans une certaine limite c'est par la plaie de la trachée que l'on parviendra à conjurer ces accidents. Nous devons citer en premier lieu la gêne respiratoire qui survient assez souvent peu de temps après l'opération et qui est due à des croûtes formées de sang et de mucus desséchés, qui rétrécissent le tube interne de la canule ; on les enlèvera facilement par le nettoyage de ce dernier, et dans ce but on se servira de préférence d'un fil métallique mince armé d'un bouchon de ouate à l'une de ses extrémités. Le nettoyage se fait ainsi plus sûrement et plus complètement que si l'on a recours à une plume de poule ou de pigeon. Mais habituellement les obstacles siégeant au-dessous de la canule, dans la trachée et dans les bronches, ont une importance bien plus grande. C'est la nature

et le siège de ces obstacles qui décident s'il est facile, difficile ou impossible de mettre fin aux symptômes d'asphyxie. Il peut arriver d'abord que du mucus se soit accumulé au-dessous de la canule ; si ce mucus est resté liquide, souvent on parviendra facilement à en débarrasser la trachée en provoquant des accès de toux à l'aide d'une plume de pigeon introduite dans ce conduit, après avoir retiré le tube interne de la canule double.

Mais le mucus de la trachée qui a été affectée de diphtérie, offre au bout d'un certain temps après l'évolution du processus diphtéritique proprement dit, une tendance à se condenser en forme de bouchons visqueux ayant une consistance plus dure que celle des croûtes bien connues des fosses nasales, bouchons qui ont quelque analogie avec des masses de gélatine complètement coagulée. C'est immédiatement au-dessous de l'extrémité inférieure de la canule que se forment volontiers ces croûtes qui tapissent en forme d'anneau la paroi interne de la trachée, et si l'on n'intervient pas à temps pour les enlever de la manière que nous aurons à décrire ultérieurement, l'anneau se remplit de plus en plus et finit par se transformer en une sorte de thrombus solide oblitérant le conduit. Dans d'autres cas les membranes diphtéritiques de la trachée ont été enlevées par la plaie au moment de l'opération, mais il s'en forme de nouvelles, ou bien la trachée jusque-là épargnée se tapisse de fausses membranes. La diphtérie peut même, comme nous le savons, dépasser le point de bifurcation de la trachée et s'étendre jusque dans les petites bronches. Dans ce dernier cas le mucus s'accumule parfois en quantités énormes sous forme d'un liquide clair qui remplit les plus petites ramifications bronchiques, et constitue ainsi une cause d'asphyxie presque toujours au-dessus des ressources de l'art. Enfin nous devons ajouter la possibilité d'une hémorragie consécutive, soit par la plaie, soit par une ulcération de la trachée due à la pression de la canule.

On devra chercher à écarter tous ces obstacles, et souvent, très souvent même, on réussira ainsi à rendre la respiration plus libre et à rappeler à la vie un enfant en état d'asphyxie, et cela non seulement une fois mais plusieurs fois, jusqu'à ce que les obstacles respiratoires finissent par disparaître avec la maladie. Si donc après le nettoyage de la canule interne on voit persister un haut degré de gêne respiratoire, on devra enlever également la canule externe.

Il n'est pas toujours facile d'enlever pour la première fois la canule et de la replacer, avant que les tissus se soient soudés par inflammation et aient ainsi formé un conduit de la peau à la trachée. Aussi conseillons-nous, lorsqu'on veut procéder au premier changement de canule, de fixer l'enfant dans la même position que pour la trachéotomie.

Si l'on veut agir avec toute la sûreté désirable, on placera un crochet pointu de chaque côté de la plaie trachéale avant de retirer la canule ; on

évite ainsi qu'une fois cette dernière enlevée, la trachée ne s'aplatisse ou ne se déplace et qu'à la gêne respiratoire ne succède les symptômes d'une oblitération complète. Si, ayant négligé de prendre cette précaution, on voit la dyspnée s'aggraver d'une façon inquiétante, on se servira de la canule boutonnée de ROSER-LISSARD, que l'on parviendra facilement à introduire en pressant le bout de l'instrument contre la plaie trachéale. La respiration s'améliore ainsi momentanément, l'enfant se calme et l'on peut alors, avant de procéder à d'autres manipulations, appliquer un crochet de chaque côté de la plaie de la trachée.

ROSER conseille de passer un fil de chaque côté à travers les bords de la plaie trachéale; à l'aide de ces deux fils on pourra écarter les lèvres de plaie qui tendent à se rapprocher en vertu de l'élasticité des anneaux cartilagineux. Lorsque, plus tard, l'inflammation a formé un canal de la peau à la trachée, l'introduction de la canule est habituellement beaucoup plus facile, et il suffit ordinairement de dégager avec un crochet mousse un côté de la plaie trachéale pour pouvoir introduire aisément la canule, que l'on présente le pavillon dirigé latéralement. Tous les dilateurs, comme les pinceaux de BUROW, etc., qui ont été inventés dans cette intention, répondent moins sûrement au but que les petits crochets pointus.

Lorsque la canule a été enlevée et que les bords de plaie sont maintenus écartés, on cherche à éloigner les obstacles siégeant dans la trachée. On peut quelquefois déjà par l'introduction d'une plume de pigeon détacher les fausses membranes et amener leur expulsion par la toux; mais nous possédons dans la sonde élastique (ROUX) un instrument qui nous permet d'atteindre bien plus sûrement le but que nous poursuivons. Une sonde anglaise de calibre moyen est plongée dans un vase d'eau chaude, puis introduite directement par la plaie jusqu'à la partie inférieure de la trachée. Le conduit est-il obstrué par ces croûtes de mucus que nous avons décrites plus haut, la sonde rencontre déjà un obstacle à une profondeur correspondante à celle de la canule; on franchira cet obstacle en poussant la sonde avec prudence tout en lui imprimant des mouvements de rotation; en la retirant ensuite on entraîne assez souvent en même temps le bouchon de mucus, comme le ferait un tire-bouchon, ou bien le mucus durci est alors chassé loin de la plaie par de violents accès de toux. Si l'on ne réussit pas au premier essai, l'instrument est de nouveau plongé dans l'eau chaude puis introduit dans la trachée; on le fait glisser contre les parois de ce conduit, jusqu'à ce que peu à peu toutes les croûtes aient été chassées au dehors et que la respiration soit redevenue libre. Le même traitement peut être employé pour les fausses membranes qui se trouvent dans la trachée; lorsqu'elles sont peu adhérentes, la sonde les détache de la paroi de ce conduit, et les accès de toux provoqués par

l'excitation des parties profondes de la trachée les chassent hors de la plaie. Si après de nombreuses tentatives on ne réussit pas à les faire sortir, on aura recours à l'aspiration que l'on pratique en appliquant les lèvres sur le bout supérieur de la sonde introduite dans la trachée. Sans doute ce procédé n'est pas sans danger pour le médecin qui fait l'aspiration, et il est fort heureux que le plus souvent elle ne soit pas nécessaire. Quant à moi l'aspiration m'a rarement donné un bon résultat lorsque je n'avais pas réussi à enlever les croûtes de mucus ou les fausses membranes par le procédé que nous venons de décrire; on le comprendra facilement si l'on songe aux conditions physiques existantes. Par contre l'aspiration est absolument indispensable lorsqu'en l'absence d'efforts de toux, il s'agit de faire sortir des substances liquides accumulées dans les bronches. Veut-on enlever rapidement du sang ou du mucus liquide remplissant les bronches, en même temps que les tubes fibrineux représentant le moule de ces conduits, l'aspiration est un moyen excellent qu'aucun autre ne saurait remplacer, et si l'opérateur a soin ensuite de se faire un lavage complet de la cavité buccale avec des liquides désinfectants, son acte de dévouement n'aura habituellement aucune conséquence. Les seringues aspiratrices n'agissent ni aussi rapidement ni aussi sûrement que l'aspiration par la bouche.

Malheureusement je dois avouer que dans un assez grand nombre de cas dans lesquels j'avais réussi à faire sortir une grande quantité de mucus et de moules fibrineux ramifiés des petites bronches, j'ai pu, il est vrai, prolonger la vie du malade en diminuant les symptômes d'asphyxie, mais que le plus souvent l'opéré finissait par succomber aux progrès de la bronchite capillaire. Je ne puis dès lors accorder à l'aspiration l'importance considérable que PASSAVANT lui attribuait encore dernièrement.

Il est certainement à conseiller de maintenir humide l'air de la chambre dans laquelle un enfant est soumis au traitement consécutif de la trachéotomie. L'humidité de l'air peut, en effet, jusqu'à un certain point, empêcher la formation de croûtes dures de mucus dans la trachée. On peut réaliser cette condition en plaçant un vase d'eau sur le poêle, mais il est préférable de se servir d'un pulvérisateur. Dans la plupart des hôpitaux on a pris l'habitude de remplir le pulvérisateur de certains liquides médicamenteux, et de diriger le jet de l'instrument contre la bouche et la plaie du cou. On se sert dans ce but d'eau de chaux, d'une solution d'acide lactique (2 pour 100) etc. Cette dernière solution qui est employée depuis des années à la clinique et que KUESTER a de nouveau préconisée dernièrement. On peut se demander si c'est la vapeur d'eau ou les substances chimiques contenues dans l'eau pulvérisée qui ont ici le plus d'utilité. Si l'on veut obtenir l'action médicamenteuse, il est certainement plus sûr de faire pénétrer de temps en temps par la plaie trachéale quelques gouttes d'une solution antiseptique faible. Ce procédé