

121000

purulentes ou putrides venant de la plaie. Quant à moi, d'après mon expérience personnelle, je ne saurais le conseiller. En tout cas la méthode que nous venons de décrire constitue un progrès considérable en raison de la sécurité qu'elle donne au chirurgien qui entreprend de pareilles opérations. (*Voir résection du maxillaire supérieur*).

N'oublions pas d'ajouter toutefois que le tamponnement avec une vessie de baudruche (condom) ou de caoutchouc ne répond pas à toutes les exigences; malgré les plus grandes précautions il arrive, en effet, assez souvent que le tampon ne ferme pas hermétiquement le conduit, qu'il laisse ainsi passer du liquide dans la trachée et les bronches. Mais c'est surtout dans le traitement consécutif que se révèle l'insuffisance de l'appareil de TRENDELEBURG; de fait il ne peut empêcher le développement d'une pneumonie par aspiration. Lorsque l'ouverture de la trachée est très large, on peut en recouvrant la canule d'un tube en caoutchouc (tube à drainage) obtenir une occlusion plus parfaite de ce conduit (MICHAEL).

Lorsque l'ouverture de la trachée n'est pas assez large pour permettre l'emploi de ce procédé, MICHAEL conseille de remplir de glycérine au lieu d'eau la petite ampoule adaptée à l'appareil de TRENDELEBURG. Un moyen encore plus sûr est le tamponnement à l'aide de petites éponges. Une éponge de forme cylindrique, tubulée pour laisser passer la canule, est liée autour de cette dernière à l'aide d'un fil après avoir été préalablement humectée. A l'état sec elle doit avoir une épaisseur de 1 à 3 millimètres. Puis elle est entourée elle-même d'un tube de baudruche trempé préalablement dans une solution de gutta-percha. Cette enveloppe de baudruche est d'abord fixée à l'extrémité inférieure de la canule, puis celle-ci est introduite dans la trachée et l'on injecte alors de l'eau dans le petit sac de baudruche entourant l'éponge, après quoi ce dernier est lié à l'aide d'un fil passé autour de l'extrémité supérieure de la canule. L'éponge en s'imbibant se gonfle et fait l'office de tampon.

§ 138. — Le **tubage** de la trachée, c'est-à-dire l'introduction de tubes élastiques à travers le larynx, par la cavité buccale, a été utilisé pour faire la respiration artificielle dans les cas de mort apparente, ainsi que pour le traitement de la diphtérie à la période asphyxique; c'est dans ce dernier but que ce procédé a été conseillé et pratiqué particulièrement en France.

Si l'on a lu notre description des indications que doit remplir la trachéotomie dans la diphtérie des enfants, il est inutile d'énumérer les motifs qui nous font rejeter le tubage de la trachée comme moyen de traitement de l'asphyxie des enfants critiques. Par contre nous devons reconnaître que, dans les cas de mort apparente, il peut être avantageux de permettre à l'air de pénétrer dans les voies aériennes en introduisant dans le larynx un tube qui maintienne la glotte ouverte. En outre le tubage permet, par l'insufflation d'air (?), d'activer la respi-

0001311

ration artificielle, et d'autre part on pourra aspirer au besoin le contenu anormal de la trachée. C'est dans ce sens que, par exemple, HUETER a conseillé et employé avec succès le tubage dans l'asphyxie des nouveau-nés.

Pour pratiquer le tubage on se sert d'une sonde anglaise (*voir page 824*) d'un calibre variable suivant les cas; après l'avoir plongée dans l'eau chaude pour la ramollir, on l'introduit facilement le long de l'index comme guide, dans la glotte de l'individu en état de mort apparente. Par contre s'il s'agit d'un malade qui, au lieu d'être dans cet état, est parfaitement conscient, le procédé en question sera habituellement très difficile à appliquer, car l'introduction du doigt et de la sonde provoque des accès de toux et des mouvements violents du larynx. Heureusement, le tubage n'est pour ainsi dire jamais indiqué dans ces conditions.



BIBLIOTECA