

peut avoir besoin d'une canule d'un calibre supérieur à celui qui est indiqué pour un âge déterminé; aussi est-il nécessaire d'avoir toujours deux canules à sa disposition: en cas d'hémorragie persistante, il suffit souvent, pour arrêter l'hémorragie, d'introduire une canule d'un calibre supérieur à celui de la canule préalablement utilisée.

On prépare la canule en la faisant passer à travers un orifice taillé dans un morceau de taffetas gommé, qui est destiné à séparer la peau de la face postérieure du pavillon; on glisse dans chaque trou de la plaque un ruban de 20 à 50 centimètres que l'on y fixe par un nœud, ou que l'on peut laisser libre, de telle sorte que, par son milieu, il réponde à l'orifice. On doit s'assurer enfin que la canule interne glisse bien, peut être retirée et replacée aisément. Il est bon d'avoir toutes prêtes deux canules de calibre différent.

Comme bistouri droit, il faut se servir d'un bistouri court et à manche fixe, ayant de 3 à 4 centimètres de longueur de lame: il est de toute nécessité que la lame ait un bon tranchant et soit bien affilée.

Le dilateur est souvent inutile; il est nécessaire cependant d'en avoir un à portée.

Deux aides suffisent: l'un doit maintenir le corps de l'enfant, qui est enroulé dans des couvertures; l'autre doit tenir la tête, c'est à lui qu'est échue la mission la plus délicate: aussi est-il nécessaire qu'à défaut d'un médecin on ait recours à une personne de sang-froid, et étrangère s'il se peut, à la famille de l'enfant. Avec le chloroforme, un seul aide peut suffire.

*Précautions antiseptiques.* — Avant toute intervention, il faut réaliser l'asepsie du champ opératoire.

A cet effet, on savonne la région antérieure du cou, puis on enlève le savon avec une compresse bouillie, on lave à l'alcool ou à l'éther et ensuite avec la solution de sublimé au 1/1000°.

Il va sans dire que l'opérateur et ses aides auront soin de se savonner les mains, de les brosser énergiquement et de les passer ensuite dans la solution de sublimé; quant aux instruments, ils doivent être stérilisés par l'un des nombreux moyens dont on dispose à cet effet: si l'on opère à la campagne, on sera réduit à les faire bouillir dans l'eau additionnée de carbonate et à les flamber.

*Choix du procédé opératoire: chloroformisation.* — Il existe trois procédés de trachéotomie:

1° Le procédé lent ou procédé de Trousseau, consistant à inciser lentement et couche par couche les tissus jusqu'à la trachée en pratiquant une hémostase minutieuse;

2° Le procédé rapide ou procédé de Saint-Germain (erico-trachéotomie en un temps), qui permet d'arriver dans la trachée d'un seul coup de bistouri;

3° Le procédé mixte, ou procédé en deux temps, celui que l'on emploie habituellement, car il est préférable au premier, qui ne peut être utilisé dans les cas d'urgence, et au second, qui peut être dangereux, si l'on ne possède une habitude de l'opération et une dextérité de main peu ordinaires.

Faut-il donner le *chloroforme*? La question, qui paraissait résolue dans le sens de la négative, a de nouveau été discutée dans ces dernières années (Gouguenheim, Le Dentu, Broca et Hartmann, etc.). On a reconnu que l'administration du chloroforme ne fait pas courir de danger à l'enfant, à la condition qu'elle

ne soit pas poussée jusqu'à la résolution musculaire, que l'asphyxie et l'intoxication ne soient pas trop avancées, et qu'il n'existe pas de broncho-pneumonie; elle peut rendre de grands services chez les enfants vigoureux qui peuvent se débattre violemment; elle est particulièrement indiquée enfin dans les cas où le cou de l'enfant présente une conformation anormale, antérieure à la maladie ou déterminée par le gonflement du tissu cellulaire sous l'influence de la diphtérie.

Le chloroforme présente encore l'avantage de régulariser la circulation veineuse du cou; chez l'enfant non endormi et qui lutte contre les aides, l'effort distend les veines superficielles et profondes de la région opératoire; dès qu'il est sous l'influence du chloroforme, l'effort cesse, le sang est appelé avec force dans la poitrine, où l'air ne pénètre pas suffisamment, et le système veineux se vide rapidement; les hémorragies sont donc moins abondantes (Panné).

Quant à la suppression de la douleur, c'est là une considération qui doit tenir peu de poids dans le choix du chloroforme. Il est certain, en effet, que l'enfant trachéotomisé sans chloroforme souffre peu, que le fait tiende à l'asphyxie commençaute ou au pouvoir inhibitoire du premier coup de bistouri comme le veut Brown-Séguard.

Le chloroforme n'a jamais déterminé de syncope primitive. La période d'excitation manque souvent; et quand elle se montre, elle peut être forte ou faible, suivant le cas.

Le temps nécessaire pour obtenir le sommeil varie entre deux et quatre minutes.

Sous le chloroforme, l'enfant ne respire pas plus librement, puisque le chloroforme ne peut rien contre l'obstacle mécanique, mais cet anesthésique n'augmente pas non plus l'asphyxie, s'il est donné à doses légères. Il ne supprime pas non plus le réflexe trachéal, ce qui serait une contre-indication absolue à son emploi. Si la chloroformisation a été légère, comme elle doit toujours l'être, les quintes de toux surviennent dès l'ouverture de la trachée et permettent l'expulsion du sang et des fausses membranes. L'enfant reste d'ailleurs quelques minutes encore sous l'influence du chloroforme; il est à ce moment en général très calme et pâle; M. Panné, qui a fait 50 trachéotomies sous le chloroforme, n'a jamais observé après son emploi de véritable collapsus.

En résumé, si l'on peut et doit se passer du chloroforme dans la majorité des cas, on pourra le donner sans inconvénient dans les conditions que nous avons déterminées, sous la réserve que l'anesthésie ne soit pas poussée jusqu'à la résolution musculaire complète.

*Opération.* — Lorsque l'opération est décidée et que tous les préparatifs sont terminés, on enroule l'enfant, complètement déshabillé, dans un drap ou dans une couverture préalablement chauffés et on le couche sur la table d'opération, la tête reposant sur le billot (bouteille entourée d'un drap). Il faut faire *tenir la tête*, de façon que le cou soit un peu tendu et à peu près horizontal. L'aide chargé de tenir la tête devra s'abstenir de tout mouvement, lorsque l'attitude convenable aura été déterminée; il appliquera ses mains sur les parties latérales de la face, les pouces ramenés sur le front; les doigts ne doivent pas dépasser le rebord du maxillaire inférieur pour ne pas gêner l'opérateur. Quant à l'aide qui tient le corps, il doit saisir à pleines mains les coudes de l'enfant et les maintenir solidement appliqués sur les parties latérales du tronc, en même