

L'état de *mort apparente* peut se produire pendant l'opération; il faut terminer celle-ci le plus rapidement possible et faire immédiatement après la *respiration artificielle*; ce serait perdre son temps que de recourir aux aspersions d'eau froide, aux frictions, aux flagellations, etc. On peut aussi avoir recours aux *tractions rythmées de la langue*, suivant le procédé préconisé par Laborde. La respiration artificielle doit être prolongée pendant longtemps, parfois une heure et plus, car ce n'est souvent qu'au bout de ce temps que l'on parvient à ranimer l'enfant. La mort apparente ne survient guère que quand l'enfant a été opéré trop tard; aussi, lorsqu'on n'est pas appelé *in extremis*, convient-il de ne pas attendre la dernière période de l'asphyxie pour opérer.

La *syncope* peut emporter le malade pendant l'opération; elle est due à la myocardite diphtérique. La famille doit être prévenue que pareille éventualité peut se produire.

Les complications tardives sont les *accidents septiques* du côté de la plaie (érysipèle, phlegmon, gangrène) et la *diphtérie de la plaie*. On s'efforcera de les prévenir par une antiseptie rigoureuse. La plaie sera lavée et détergée avec soin et ses bords seront touchés avec une solution faible d'acide phénique dans la glycérine (au 1/1000^e). Une légère couche de vaseline stérilisée protégera la peau contre l'action irritante des liquides trachéaux. Si des fausses membranes recouvrent les bords de la plaie, on les enlèvera et on badigeonnera la plaie avec le jus de citron, le topique de Gaucher, le naphthol camphré, le sulfocinate, etc. D'ailleurs, les injections de sérum en préviennent maintenant le développement.

Certaines causes peuvent retarder l'enlèvement de la canule; ce sont: l'*ulcération de la trachée*, que l'on évitera en laissant la canule le moins longtemps possible; le *rétrécissement de la trachée*, dû le plus souvent à une faute opératoire; enfin, la *prolongation de la diphtérie*; cette dernière éventualité n'est plus à redouter.

La complication générale la plus fréquente est la *broncho-pneumonie* qui emportait la plupart des petits opérés avant le traitement sérothérapique; l'accélération du nombre des mouvements respiratoires (50 à 60), la dilatation des ailes du nez, le rejet d'une expectoration sanieuse par la canule, ou bien au contraire la suppression de l'expectoration annoncent le début de cette redoutable complication. Il faut s'efforcer de la prévenir en injectant quotidiennement dans la canule 1 centigramme d'huile mentholée à 4 pour 100.

Soins consécutifs. — Si l'on ne peut en prévoir toujours l'apparition, on peut du moins la rendre moins fréquente en apportant une attention minutieuse dans les soins à donner à l'enfant après l'opération et en isolant les opérés des enfants atteints de broncho-pneumonie.

On doit veiller à ce que la chambre soit fréquemment aérée et à ce que l'atmosphère y soit entretenue en état d'humidité, à l'aide de vaporisations. M. Hutinel fait évaporer près du malade la solution suivante :

Acide thymique	5 grammes.
Acide phénique	20 —
Alcool	100 —
Eau distillée	875 —

L'utilité des vaporisations d'eau bouillante dans la laryngite diphtérique comme

dans les autres laryngites suffocantes est connue depuis longtemps; les vaporisations constituent une médication auxiliaire indispensable après trachéotomie: elles peuvent même suffire à rendre inutile cette opération en permettant le détachement des fausses membranes déjà considérablement facilité par l'action du sérum. M. Variot (*Société médicale des hôpitaux*, 7 juin 1895) et M. Comby (même Société, 20 juin 1895) ont insisté sur ce point. Avant l'installation des chambres de vapeur, en janvier, on avait été obligé d'intervenir, soit par le tubage, soit par la trachéotomie, dans 29,7 pour 100 des cas. Depuis l'installation de ces chambres spéciales, on n'a eu à intervenir, en février, que dans 19 pour 100, en mars, que dans 16,2 pour 100 des cas, soit une moyenne de 17,5 pour 100. La saturation de l'air par la vapeur d'eau a donc eu pour résultat très appréciable d'abaisser le nombre des interventions d'un tiers.

La cravate de tarlatane placée au-devant du cou sera fréquemment changée.

La canule interne sera nettoyée toutes les trois heures; si dans l'intervalle la gêne de la respiration indique l'obstruction de la canule par des fausses membranes, celles-ci seront immédiatement enlevées.

La canule externe ne sera enlevée qu'au bout de vingt-quatre heures; une seconde canule aura été préparée au préalable, de façon à pouvoir être introduite immédiatement si l'enfant suffoque. On fait pénétrer cette canule dans un orifice percé au milieu de plusieurs doubles de gaze stérilisée recouverte de taffetas gommé, destinée au pansement de la plaie et à la protection de la partie antérieure du cou.

À chaque pansement suivant on laisse l'enfant sans canule, d'abord pendant quelques minutes seulement, puis progressivement pendant un temps plus long; c'est par tâtonnements que l'on arrive à supprimer la canule (du deuxième au quatrième jour en moyenne). Dans certains cas, on a été contraint de laisser la canule pendant plusieurs semaines ou même plusieurs mois (prolongation de la diphtérie, retard dans la cicatrisation de la plaie). Ces complications ne s'observent plus avec l'emploi du sérum.

Résultats. — Depuis l'emploi des injections de sérum, la trachéotomie, rendue beaucoup plus rare, donne de bien meilleurs résultats qu'auparavant. Sans doute la broncho-pneumonie, contre laquelle le sérum n'a pas d'action directe, est toujours une menace pour les trachéotomisés et c'est elle qui, avec la bronchite pseudo-membraneuse, a dans tous les cas déterminé la mort des opérés; mais l'observation rigoureuse de l'asepsie pendant l'acte opératoire, la même observation au cours des soins ultérieurs, l'antiseptie de la trachée au moyen de l'huile mentholée, enfin et surtout l'isolement des malades permettent aujourd'hui de réduire au minimum les chances de cette complication.

Si, en dépit de toutes les précautions, la broncho-pneumonie se déclare, elle entraîne le plus souvent la mort. Cependant M. Sevestre a vu quelques cas de guérison et croit que le sérum, bien que n'ayant pas d'influence directe sur la lésion pulmonaire, permet aux enfants de lutter avec avantage contre des infections auxquelles ils auraient certainement succombé avant la pratique de la sérothérapie.

Dans les cas ordinaires, ce qui frappe surtout, c'est la *marche rapide de la guérison après la trachéotomie* et la *possibilité d'enlever définitivement la canule au bout d'un temps très court*; ce résultat est obtenu grâce au sérum