

sement médian, le manche doit être élevé un peu au-dessus de l'horizontale et l'extrémité du tube regarde par suite en bas et un peu en avant.

On dirige alors l'instrument de telle sorte que l'extrémité du mandrin vienne toucher le côté droit de la pulpe de l'indicateur, et la refoule à gauche pour se substituer peu à peu à elle au-dessus de l'orifice du larynx. A ce moment il suffit d'abaisser légèrement pour amorcer la descente du tube dans la partie sus-glottique du larynx.

Le troisième temps consiste dans le déclenchement et la descente du tube dans le larynx. Une fois la partie renflée du tube engagée, on fait jouer le déclencheur en élevant le pouce; le tube est ainsi libéré de l'adhérence par frottement qu'il contracte avec l'extrémité supérieure du mandrin. La pulpe de l'index gauche vient appuyer sur le rebord gauche de la tête du tube dont elle achève la descente. En même temps la main droite relève le mandrin qui sort peu à peu du tube. Une fois libéré, il est facile de le retirer hors de la bouche en inclinant le manche de l'introducteur. La main droite retient l'anse de soie dans sa position primitive.

Le tubage a réussi si la respiration devient calme au bout de quelques secondes, si le souffle tubaire, métallique, succède au sifflement inspiratoire.

Cette constatation faite, on coupe alors le fil inférieur de l'anse de soie, au voisinage de la bouche (entre le nœud et la tête du tube). L'index gauche se reporte alors sur la tête du tube pour le fixer, tandis que la main droite tire sur le fil supérieur de l'anse de soie pour l'enlever.

On termine en instillant quelques gouttes d'huile mentholée dans le larynx et l'on retire l'ouvre-bouche.

Il est utile à ce moment de faire boire quelques gorgées de grog.

Difficultés du tubage. — Contre l'indocilité, l'agitation de l'enfant, il importe surtout d'employer des aides expérimentés.

La présence d'amygdales volumineuses peut gêner l'introduction de l'index et de l'instrument. S'il existe, en même temps que des amygdales grosses, une angine étendue, la trachéotomie est plus indiquée que le tubage.

Le spasme du pharynx détermine le rejet des tubes courts; dans ce cas, après un échec, on substituera un tube long au premier, et, en dernier ressort, on aura recours à la trachéotomie.

Si les replis aryéno-épiglottiques sont œdématiés, on essaie d'abord d'introduire un tube du calibre immédiatement inférieur à celui qui correspond à l'âge de l'enfant; en cas d'échec, et en face d'une dyspnée croissante, la trachéotomie s'impose.

Fautes opératoires; accidents du tubage. — Toute manœuvre brutale peut entraîner des accidents; le tubage doit être fait avec douceur, et on ne saurait mieux comparer les qualités que doit présenter l'opérateur qu'à celles nécessitées par le cathétérisme de l'urètre.

Il est nécessaire de vérifier avec soin le fonctionnement de l'introducteur; sinon il peut arriver que le mandrin mal fixé reste dans le tube, ce qui nécessiterait son enlèvement immédiat.

Il peut arriver qu'un opérateur inexpérimenté commette une erreur dans la recherche des points de repère et fasse fausse route en introduisant le tube.

Une erreur fréquente tient à la mauvaise tenue du tube; si le manche est

tenu un peu trop bas, la pointe du mandrin, au lieu de s'insinuer entre les replis aryéno-épiglottiques, vient glisser le long des gouttières du pharynx, vers l'œsophage où tombe le tube, après le déclenchement. On reconnaît l'erreur à la persistance du tirage, à l'absence du bruit tubaire, enfin et surtout à l'absence de la tête du tube au niveau des aryénoïdes constatée par le doigt. On retirera alors le tube au moyen du fil de soie.

La fausse route peut avoir lieu dans le larynx; on a signalé la pénétration du tube dans l'un des ventricules, la perforation d'arrière en avant de la membrane thyro-hyoïdienne. Toute fausse route se reconnaît à la persistance de la dyspnée, à ce fait que le tube ne descend pas complètement, qu'il est généralement incliné.

La dyspnée peut persister, bien que le tube ait été bien mis en place; dans ce cas, il a été obstrué d'emblée par des débris membraneux ou des mucosités. On doit essayer d'abord de le désobstruer en instillant de l'huile mentholée; et, en cas d'échec, il faut relever le tube. Parfois cette manœuvre est suivie du rejet d'une fausse membrane, d'où un soulagement momentané qui permet de différer le tubage. S'appuyant sur cette observation, certains opérateurs ont préconisé les tubages intermittents et l'écouvillonnage du larynx.

Si après deux ou trois tentatives d'introduction du tube la dyspnée reste aussi intense, on tentera la trachéotomie.

Comme, au cours de cette opération, l'apnée peut survenir pendant le tubage, soit qu'elle se produise après des tentatives répétées, soit que l'introduction de l'index la provoque chez un enfant ayant du tirage depuis longtemps. Après introduction rapide du tube, on doit étendre l'enfant et pratiquer la respiration artificielle.

Détubage. — Une fois l'enfant tubé, le traitement par le sérum poursuit son œuvre, en même temps que l'atmosphère de vapeur, que les médicaments antispasmodiques suppriment le rôle de l'élément nerveux dans l'asphyxie. Les seuls médicaments antispasmodiques à employer sont le bromure de potassium et l'antipyrine que l'on peut d'ailleurs associer avec avantage :

Bromure de potassium	5 grammes.
Antipyrine	10 —
Sirop de fleurs d'oranger	50 —
Eau distillée	q. s. pour 150 —

(DEGUY et B. WEILL.)

2 à 6 cuillerées à café par jour.

En général on peut détuber au bout de quarante-huit heures; il vaut mieux d'ailleurs détuber le matin, parce que pendant le jour la surveillance de l'enfant est plus aisée et que le retour des accès spasmodiques est moins à redouter; enfin parce qu'une nouvelle intervention se fera plus facilement, dans le cas où elle serait nécessaire.

De sorte que si le terme de quarante-huit heures expire vers le soir, il y a avantage à le devancer de quelques heures, tout au moins chez les enfants d'un certain âge (de cinq à sept ans). Il est des cas d'ailleurs où l'on peut laisser le tube moins longtemps, de vingt-quatre à trente-six heures, chez les enfants que l'on a tubés par exemple à la suite d'un accès isolé de dyspnée.

Ajoutons que le détubage se produit parfois spontanément, tantôt à la suite