

de l'obstruction du tube, tantôt parce qu'il y a défaut de proportion entre le tube et la cavité du larynx. On doit soupçonner le détubage spontané, quand la dyspnée réapparaît ainsi que le tirage; l'examen direct confirme le rejet du tube que l'on peut retrouver dans le lit ou sur le plancher, ou qui est parfois avalé (accident sans gravité, le tube étant expulsé ultérieurement avec les fèces). Dans le cas de débutage précoce, il est nécessaire de procéder à nouveau au tubage, avec un tube de calibre supérieur au premier.

Il peut se faire aussi que le détubage se produise à la suite de la disparition des fausses membranes qui réduisaient le calibre du larynx; dans ce cas la dyspnée ne se produit pas et l'enfant peut se passer définitivement de tube.

Habituellement on est obligé de procéder au détubage. Primitivement on utilisait, à cet effet, l'extracteur. Aujourd'hui l'extubation à l'aide d'un instrument est remplacée par le procédé de l'énucléation, dû à Bayeux, procédé inoffensif qui réussit le plus souvent et qu'en tout cas on doit toujours employer en premier lieu.

L'enfant est maintenu comme pour l'opération du tubage. Il est utile que l'aide saisisse les bras de l'enfant au niveau des coudes et rapproche les coudes derrière le dos, lui incline le tronc en avant.

Cette manœuvre a pour but de faciliter l'extension de la tête qui sera pratiquée par l'opérateur, à l'aide de la main gauche.

De la main droite l'opérateur embrasse le cou, le pouce en avant, les doigts sur la nuque. La pulpe du pouce reconnaît les cartilages et notamment le cricoïde; elle se déplace alors légèrement pour se placer au niveau du deuxième anneau de la trachée. Elle exerce alors une pression profonde, ayant pour effet de rapprocher la paroi antérieure de la trachée de la paroi postérieure. *Immédiatement après*, la main gauche imprime à la tête un mouvement de flexion qui dirige la bouche de l'enfant en bas; le tube est alors rejeté dans une cuvette placée sur les genoux de l'opérateur.

Si l'on ne réussit pas du premier coup, il faut se souvenir que l'échec est dû le plus souvent à l'insuffisance d'extension de la tête ou bien que la trachée a été comprimée latéralement et a fui sous le doigt de l'opérateur.

Le tube peut être adhérent et résister à tous les efforts d'énucléation; c'est dans ce cas, et ce cas seulement, que l'on a recours à l'extracteur.

L'ouvre-bouche étant placé, l'opérateur saisit le manche de l'extracteur; de l'index gauche il va reconnaître la tête du tube et déprime en même temps la langue. Puis, sur l'index servant de conducteur, il glisse le bec de l'extracteur et assure le contact de l'extrémité de la pince avec la tête du tube; le manche doit être légèrement relevé à ce moment et placé bien exactement sur la ligne médiane. Explorant la surface de la tête du tube, on sent le bec de l'instrument pénétrer dans l'orifice; on tire alors le crochet de manœuvre qui ouvre la pince et fait adhérer les mors aux parois du tube. Il suffit d'élever, puis de basculer le manche de l'extracteur pour retirer facilement le tube.

L'extraction peut être rendue difficile par la mauvaise position donnée à l'extracteur. Elle peut être accompagnée d'un traumatisme des muqueuses, si l'instrument, manié brutalement, a heurté les tissus qui avoisinent le tube. Dans quelques cas, l'extracteur enfoncé violemment a déterminé la chute du tube dans les voies aériennes, ce qui a nécessité la trachéotomie.

*Suites du détubage.* — Ou bien le détubage, pratiqué au bout de 48 heures, n'est suivi d'aucun phénomène appréciable: dyspnée, tirage; ou bien un second tubage est nécessaire, si une angine encore très étendue permet de supposer l'existence de fausses membranes épaisses au niveau du larynx, si l'extraction a ramené un tube altéré témoignant de lésions accentuées de la muqueuse, lesquelles peuvent suffire à provoquer de nouveaux accès spasmodiques. Lorsque le détubage a été nécessité par l'obstruction du tube, il peut être nécessaire de retuber immédiatement, bien que l'expulsion d'une fausse membrane volumineuse puisse être suivie d'un soulagement momentané ou même définitif.

Avant de pratiquer le tubage à nouveau il convient d'essayer d'abord les vaporisations, les enveloppements froids, le bromure qui peuvent rendre inutile une nouvelle intervention.

Quand un retubage immédiat a été nécessaire, on doit prolonger la durée du séjour du tube aussi longtemps que lors du premier tubage. Si au contraire le second tubage n'est devenu nécessaire qu'au bout de quelques heures après le premier, en général sa durée peut être abrégée (une douzaine d'heures en moyenne).

Les tubages répétés sont rarement nécessaires; en tout cas, la durée totale de l'intubation ne doit pas excéder cinq à six jours au maximum, surtout si les tubes retirés présentent une surface noircie, dénotant des altérations profondes de la muqueuse. En dernier ressort la trachéotomie doit être substituée au tubage.

*Complications du tubage.* — La présence du tube dans le larynx entraîne toujours quelques inconvénients, soit immédiats, soit consécutifs.

De tous, le plus constant est la *difficulté de l'alimentation*. L'injection de lait ou des autres liquides détermine des quintes de toux dues à la pénétration de quelques gouttes dans les voies aériennes. Les aliments semi-liquides, purées, crèmes, bouillies, sont, il est vrai, absorbés plus facilement.

L'*aphonie* n'est qu'un accident sans importance, si elle est passagère; mais habituellement elle persiste quinze jours à trois semaines.

Le seul accident sérieux du tubage, ce sont les *ulcérations*, qui peuvent entraîner ultérieurement la sténose en se cicatrisant. Il est vrai que depuis l'emploi des tubes courts, les ulcérations, assez fréquentes avec les tubes longs, sont devenues exceptionnelles. Le siège des ulcérations provoquées par les tubes longs occupe la paroi antérieure de la trachée, entre le cinquième et le septième anneau; quand l'enfant est couché, l'extrémité inférieure du tube long bascule et se met en contact avec la paroi antérieure de la trachée. Les ulcérations dues au tube court s'observent presque toujours dans les cas de spasme laryngé tenace et récidivant (spasme nerveux ou dû à la tuméfaction de la muqueuse sous-glottique, ou bien encore aux lésions pulmonaires concomitantes, à la compression des récurrents par des ganglions). Ces spasmes nécessitant des tubages répétés favorisent naturellement la production des ulcérations. Encore l'intubation pratiquée avec douceur est-elle une garantie efficace contre cet accident.

L'*obstruction* brusque du tube, d'ailleurs rare, nécessite une intervention immédiate, si le tube n'est pas expulsé spontanément, d'où l'obligation d'une surveillance incessante de l'enfant.