

Si le médecin est présent, il pratiquera l'énucléation : si la surveillance incombe à un autre, celui-ci retirera le tube au moyen du fil laissé en place, passé entre deux dents et fixé sur la joue avec du collodion. On reconnaît aisément l'obstruction brusque à l'arrêt instantané de la respiration et du bruit tubaire, aux efforts, à l'aspect angoissé de l'enfant, à la cyanose, à l'asphyxie. On procède à un second tubage, après avoir ranimé l'enfant, ou bien à la trachéotomie, en cas d'urgence absolue. D'ailleurs il se peut, ainsi qu'il a été dit, que le détubage de nécessité soit suivi d'une période de calme temporaire ou définitive (rejet d'une fausse membrane volumineuse).

L'obstruction lente (par des mucosités) est généralement partielle. On la prévient d'ailleurs au moyen des injections d'huile mentholée, des vaporisations. Si le détubage est nécessaire, il peut se faire, comme dans le cas précédent, que l'enfant puisse se passer définitivement du tube ou bien au contraire qu'un nouveau tubage soit nécessaire.

*Indications respectives du tubage et de la trachéotomie.* — On pratique d'emblée le tubage ou la trachéotomie; on peut avoir à pratiquer le tubage après la trachéotomie ou la trachéotomie après le tubage.

Examinons les indications respectives de ces diverses opérations primitives ou secondaires.

Une première question se pose : Est-ce au tubage ou à la trachéotomie qu'il convient d'avoir recours lorsqu'on se trouve en présence d'un enfant atteint de croup avec tirage intense et menace d'asphyxie? A cette question la réponse n'est pas douteuse; c'est au tubage que l'on doit donner la préférence, et cela pour plusieurs raisons :

Parce que le tubage est accepté plus facilement par les familles (raison secondaire);

Parce qu'il est plus facile à faire que la trachéotomie qui réserve toujours des surprises, même aux opérateurs les plus exercés;

Parce que le tubage, s'il ne soulage pas l'enfant, laisse encore une ressource qui est la trachéotomie;

Parce que le tubage peut être répété plus facilement que la trachéotomie. Il est aisé de retuber un enfant qui, après l'extubation, est pris de nouveau de tirage; il est au contraire fort difficile de replacer une canule quelque temps après son ablation :

Parce qu'enfin la thérapeutique des complications de la diphtérie, notamment la balnéation, qui s'adresse à la broncho-pneumonie, est plus facile chez les enfants tubés que chez les enfants trachéotomisés.

A côté de ces divers avantages qui ont fait adopter universellement le tubage comme méthode de choix dans le traitement du croup, il y a lieu de rappeler les inconvénients du tubage déjà signalés : aphonie consécutive, difficulté de l'alimentation, éventualité, d'ailleurs rare, d'ulcérations laryngées. Si la trachée est envahie par la diphtérie, le tubage peut être insuffisant, mais la trachéotomie échoue aussi le plus souvent dans le même cas.

Le rejet du tube ou son obstruction inopinée ont été les principaux griefs relevés contre l'emploi du tubage dans la clientèle privée.

Le tubage nécessite, en effet, une surveillance constante qui est assurée à l'hôpital, qui l'est souvent dans la pratique de ville par la présence d'un interne

ou d'un garde expérimenté, mais qui peut faire défaut dans certains cas (familles peu aisées). Il est certain que le rejet ou l'obstruction brusque du tube, que la reprise de la dyspnée après le détubage sont des dangers que l'on doit prévoir et qui peuvent entraîner la mort, si un secours immédiat n'est pas apporté à l'enfant. Mais il est à remarquer cependant que cette éventualité est rare, surtout si le tubage a été pratiqué de bonne heure, dans de bonnes conditions; que l'on peut d'ailleurs réduire au minimum les chances de rejet ou d'obstruction en revenant voir l'enfant plusieurs fois par jour, en restant auprès de lui un certain temps soit après le tubage, soit après le détubage; qu'enfin si l'on ne peut apprendre à une personne étrangère à la médecine le moyen de retuber, on peut tout au moins lui apprendre, en cas d'obstruction, à retirer le tube; il suffit pour cela de laisser le fil de sûreté maintenu contre la joue, ainsi qu'il a été dit, et d'attacher les mains de l'enfant, pour éviter qu'il ne tire sur le tube et ne provoque son expulsion. D'ailleurs il arrive souvent qu'après le rejet du tube le malade puisse s'en passer, soit définitivement, soit pendant quelques heures, ce qui donne au médecin le temps d'accourir.

En résumé, le tubage, d'un emploi plus facile que la trachéotomie, doit être préféré à la trachéotomie, même si l'enfant ne peut être surveillé d'une façon permanente par un interne ou un garde familiarisé avec les soins à donner aux diphtériques.

Il est des cas cependant où la trachéotomie d'emblée s'impose; c'est quand le médecin se trouve dans l'impossibilité de voir plusieurs fois par jour le malade (à la campagne); lorsqu'il est tout à fait étranger à la pratique du tubage, quand les tentatives de tubage ont échoué, quand l'introduction du tube aggrave notablement la dyspnée (tassement d'une fausse membrane par le tube), enfin dans les cas où les amygdales sont très volumineuses, où il existe une complication de diphtérie nasale, conditions qui empêchent l'enfant d'être soulagé par le tubage.

Le tubage est encore préférable à la trachéotomie, quand on constate l'existence d'une broncho-pneumonie avant l'opération; car le tubage prédispose moins aux infections secondaires et permet de baigner le malade; il est également préféré par M. Marfan dans les laryngites de la rougeole. Alors même que la trachéotomie a été faite d'emblée, le tubage consécutif peut être nécessaire. Il peut arriver que l'enfant asphyxie après chaque tentative d'enlèvement de la canule. Dans ce cas, au bout de cinq à six jours, il peut être utile de pratiquer le tubage, en laissant d'ailleurs le tube en place pendant une nuit ou vingt-quatre heures au maximum.

Inversement, la trachéotomie secondaire peut devenir nécessaire après le tubage, si le tube est très fréquemment rejeté (éventualité rare avec un tube d'un calibre approprié à l'axe), lorsqu'on aura fait quatre ou cinq intubations et lorsque le tube sera resté dans le larynx environ une dizaine de jours, s'il se produit à plusieurs reprises une obstruction brusque du tube par des fausses membranes.

Alors même qu'après l'introduction du tube la dyspnée s'aggrave, il ne faut pas d'emblée recourir à la trachéotomie secondaire. Il convient d'abord de s'assurer que le tube est bien dans le larynx; puis, d'injecter par son orifice une petite quantité d'huile mentholée. Cette injection provoque souvent une quinte de toux suivie de l'expulsion d'une fausse membrane qui bouchait le tube. Si