

drap d'enfant, la tête penchée au-dessus d'une cuvette, la bouche ouverte et maintenue telle, s'il le faut, par un coin de bois bien moussé glissé entre les molaires. Près de l'aide qui tient l'enfant, est placé, sur la table de nuit, le récipient qui renferme le liquide destiné à l'irrigation. Une seconde personne tient dans chaque main, au-dessus du récipient, l'une des poires de chacune des seringues, dont les tubes inférieurs plongent dans le liquide. L'opérateur, en même temps, tient d'une main l'Y pour soutenir l'appareil, et de l'autre la tête de la canule, qu'il dirige à volonté. Pour obtenir un jet à peu près continu et dont on peut à volonté augmenter ou diminuer la force, il suffit que la personne qui tient les poires en caoutchouc presse alternativement, de chaque main, au degré convenable, sur chacune d'elles, et sans interruption. Le jet est arrêté immédiatement, sur un mot de l'opérateur, si l'on cesse de presser la poire qui fonctionne.

Il est facile de trouver dans le commerce des seringues anglaises ou *énémas* qui fonctionnent parfaitement bien. Si les tubes sont bien fixés aux trois branches de l'Y et à la canule (qui doivent pour cela présenter à leurs extrémités un léger renflement en forme d'olive) par une ligature solide, on a ainsi un appareil aussi simple que commode, et qui permet mieux qu'aucun autre de pratiquer très facilement les lavages de la gorge. J'insiste sur ces détails techniques, parce que, je le répète, leur importance est extrême : les irrigations défectueuses, faites sous une pression insuffisante, comme elles le sont presque constamment, ne donnent qu'une très petite partie des services qu'elles peuvent rendre lorsqu'elles sont bien faites. Or, comme le médecin est dans l'impossibilité de s'en charger, et que le soin de les pratiquer incombe aux garde-malades ou même à des personnes tout à fait étrangères à la pratique médicale, il est indispensable d'en régler et d'en faciliter le mieux possible l'application.

Ces irrigations doivent être abondantes : deux litres de liquide sont nécessaires pour chacune d'elles. La température du liquide doit être surveillée, pour éviter les brûlures ; mais il vaut mieux que l'eau soit plutôt chaude que tiède. Elles doivent être répétées à intervalles réguliers, toutes les deux heures au moins, pendant la journée. Dans les formes graves, il est utile d'en faire davantage, au besoin toutes les heures. Pendant la nuit, les irrigations ne doivent pas être interrompues, mais on doit attendre, pour les faire, que le malade se réveille. Autant que possible il faut respecter son sommeil, qui est si souvent troublé dans le cours de la diphthérie.

Dans les diphthéries pures, on a avantage à ajouter à l'eau chaude un liquide antitoxique en même temps qu'antiseptique, qui puisse diminuer quelque peu la toxicité des produits bacillaires imprégnant les fausses membranes. La liqueur de Labarraque, à la dose de 50 grammes par litre, est considérée par Roux comme le produit le plus recommandable. Immédiatement avant de faire l'irrigation, on en verse 100 grammes dans les deux litres d'eau chaude, et on agite avec une baguette de verre pour diluer la solution médicamenteuse.

Il est utile, surtout dans les diphthéries associées, et principalement les streptodiphthéries graves, d'employer alternativement le liquide précédent et d'autres solutions, antiseptiques. Les liquides de choix sont la solution de phénol au titre de 2 à 5 grammes par litre, et celle de chloral, au titre de 2 à 10 grammes par litre. On se sert de solutions mères dont on ajoute la quantité voulue à l'eau chaude avant l'irrigation. Pour régler le degré de concentration de la solution,

il ne faut pas se baser sur la gravité de l'angine, mais bien sur l'âge du malade, qu'il importe, avant tout, de ne pas intoxiquer.

Applications topiques. — Les applications topiques, antitoxiques ou antiseptiques, sont toujours utiles dans la diphthérie quand elles sont bien faites, à intervalles convenables, et avec les médicaments indiqués dans les différents cas. Mais, dans les formes toxiques graves de la diphthérie pure et dans les streptodiphthéries à allures infectieuses, elles acquièrent une très grande importance, et constituent une partie indispensable du traitement. On doit y procéder après une irrigation ; les topiques, à ce moment, pénètrent mieux dans les anfractuosités de la muqueuse, dont les enduits muqueux et épithéliaux viennent d'être détachés par le lavage.

Pour pratiquer les applications topiques, il faut se servir de tampons légèrement serrés de coton hydrophile stérilisé, qu'on fixe solidement, par pression, à l'extrémité d'une longue pince à forcipressure à branches droites. Avant de toucher au coton et de rouler le tampon, l'opérateur doit avoir soin de savonner ses mains, de les rincer dans la solution de sublimé, et d'en sécher les doigts avec une serviette éponge propre. Le coton est conservé dans un bocal de verre aseptique qui n'est ouvert qu'au moment de faire les pansements, et refermé aussitôt. Avant de fixer le tampon au bout de la pince, on stérilise celle-ci à la flamme d'une lampe à alcool. Le médecin ne doit donc confier l'exécution de ces pansements qu'à une personne intelligente et soigneuse, et après les avoir d'abord fait répéter devant lui jusqu'à ce que toutes ses indications aient été comprises et puissent être régulièrement suivies. Lorsqu'il s'agit d'employer des topiques dont la toxicité exige des précautions particulières, le médecin doit opérer lui-même.

S'il s'agit d'un jeune enfant, le petit malade doit être solidement immobilisé par un aide en face de la lumière. La bouche est maintenue ouverte par la pression sur la langue d'un abaisse-langue ou simplement du manche d'une cuiller, et le médicament, dont on a imbibé le tampon de coton, est appliqué doucement, par pression légère ou par très léger badigeonnage, soit sur les fausses membranes seulement, soit sur toute l'étendue abordable du fond de la gorge, suivant le topique employé.

On obtiendra de bons effets, surtout dans les streptodiphthéries, des applications topiques d'eau oxygénée à 12 volumes. Ce liquide peut être employé pur, ou étendu de la moitié de son poids d'eau distillée, chez les adultes et les grands enfants. Chez les jeunes enfants, on utilisera des solutions dans l'eau distillée, au tiers ou au quart. On répétera les applications toutes les quatre heures. Si l'enfant est assez grand pour cracher, sans l'avalier, l'excès de liquide, on fera ces pansements en imbibant largement de gros tampons avec le médicament, qu'on appliquera sur tous les points du fond de la gorge et du voile du palais, en appuyant surtout sur les amygdales, pour faire pénétrer le liquide dans leurs dépressions. On aura soin d'avoir à portée deux ou trois tampons secs tout prêts à servir : quand le premier aura laissé écouler le topique qui l'imprégnait, on le retirera de la gorge, on le jettera dans un bassin, et on terminera le pansement avec un autre, qu'on aura imbibé comme le précédent. Chez les jeunes enfants, on appliquera le remède moins largement. Si l'âge du malade le permet, on terminera en l'invitant à se rincer la bouche avec de l'eau très légèrement tiède qu'on mélangera à un quart de son poids environ d'eau oxygénée.

L'eau oxygénée n'est pas seulement un excellent antiputride et un antiseptique très puissant, elle a encore l'avantage d'atténuer l'activité de la toxine diphthérique⁽¹⁾. Son emploi n'est ni dangereux, ni douloureux, et les petits malades acceptent assez facilement la saveur métallique qu'elle présente. Le seul inconvénient qu'on puisse lui reprocher est de s'altérer facilement. Aussi est-il nécessaire de n'utiliser que de l'eau oxygénée récemment préparée, dont on connaît la provenance, et dont la teneur en oxygène a été exactement vérifiée. On la conserve bien dans des flacons de 250 grammes, surtout si l'on a eu soin d'enduire la surface intérieure des flacons d'une couche de paraffine (Coyon)⁽²⁾. On les bouche avec soin, et on les garde à l'abri de la chaleur et de la lumière. On ne déplace le flacon que pour en verser, au moment même de l'utiliser, dans une petite tasse, la quantité nécessaire, à laquelle on ajoute ensuite s'il le faut de l'eau distillée en proportions convenables.

Dans certaines formes graves, il peut être utile d'ajouter à l'emploi du sérum les applications topiques de liquides très antiseptiques, n'agissant pas seulement sur les microbes vulgaires, mais aussi sur le bacille spécifique. Cette médication sera absolument et formellement indiquée dans tous les cas, lorsque le médecin n'aura pas de sérum antidiphthérique à sa disposition dès le début de la maladie, ce qui, dans les campagnes surtout, peut risquer d'arriver quelquefois. Le topique de choix, en pareil cas, est le *phénol sulfuriciné* à 50 pour 100. Ce topique, dont j'ai été le premier à faire emploi dans le traitement local des angines et des laryngites et à signaler les bons effets, il y a dix ans déjà, et dont le professeur Grancher, H. Barbier, Comby et d'autres auteurs n'ont cessé depuis lors de recommander l'usage, est incontestablement supérieur, dans le traitement local de la diphthérie, à toutes les autres préparations phéniquées, telles que la glycérine phéniquée, les solutions huileuses de camphre et de phénol de Soulez, et toutes les modifications successives que Gaucher a proposé d'apporter à leur préparation. Toutes ces préparations sont caustiques et douloureuses, avec une proportion de phénol moindre et une valeur antiseptique inférieure à celle du phénol sulfuriciné à 50 pour 100, dont l'application ne produit qu'une sensation de chaleur, ou tout au plus une légère cuisson, toujours très passagères, et qui, adhérant beaucoup plus fortement à la muqueuse ou à la fausse membrane, a une action plus continue et plus durable, sans aucune causticité. Ce topique doit être appliqué à l'aide de tampons de coton plus serrés et moins volumineux que ceux dont on se sert pour l'eau oxygénée, et qu'on doit débarrasser du liquide en excès après les y avoir plongés. On badigeonne les fausses membranes et leur pourtour, en les frictionnant très légèrement, et en prenant soin de ne pas excorier la muqueuse. Ces applications peuvent être répétées toute les quatre heures, et dans les cas graves toutes les deux heures; lorsqu'on a soin de ne pas laisser couler le topique dans la gorge, on n'observe jamais d'intoxication phéniquée.

On peut employer comme topique le *sublimé*, en solution dans la glycérine au vingtième, au trentième, ou seulement au quarantième, suivant l'âge des malades. Ce topique s'est montré très efficace entre les mains de Goubeau, de Moizard, et de plusieurs autres auteurs. Il est prudent de ne l'appliquer que

⁽¹⁾ Behring a obtenu des toxines atténuées en ajoutant aux liquides de culture de l'eau oxygénée.

⁽²⁾ *Presse médicale*, 1899, p. 55.

trois fois par jour; souvent même deux applications peuvent suffire. Le tampon doit être très soigneusement égoutté et suffisamment exprimé pour que le liquide ne coule pas le long de la gorge. On ne touche que les fausses membranes, en dépassant à peine leurs bords, et on applique ensuite sur les parties touchées un tampon sec pour enlever le liquide qui a pu y rester. Je n'ai qu'une expérience personnelle très restreinte de cette méthode; mais elle m'a paru plus pénible à supporter par le malade que la précédente. Elle est certainement plus dangereuse; et elle ne semble pas s'être montrée plus efficace.

L'iode est à la fois un bon antiseptique et un bon antitoxique. Il diminue notablement l'activité des toxines diphthériques. On peut avantageusement l'employer en applications topiques sur les fausses membranes. Il ne faut pas utiliser la teinture d'iode, mais bien les solutions d'iode dans l'eau additionnée d'iodure de potassium. Les solutions au vingtième (iode, 1 gramme; iodure de potassium, 1 gramme; eau distillée, 18 grammes) sont les plus concentrées dont on puisse faire usage; encore causent-elles parfois une douleur persistante, surtout si elles sont appliquées trop largement. Les solutions au trentième sont en général bien supportées; mais les applications ne doivent pas être répétées à trop courts intervalles.

Un topique dont l'action semble se rapprocher de celle de l'iode ou de l'eau oxygénée par ses effets antitoxiques, et qui a été employé avec avantage par Catrin, est le *permanganate de potasse*, en solution à 1 pour 100 dans l'eau distillée. Son application sur les fausses membranes, à ce degré de concentration, n'est ni douloureuse, ni caustique. On doit éviter, comme il a été indiqué plus haut, de charger le tampon de liquide en excès, mais il est inutile d'en enlever la couche superficielle avec un tampon sec. Les applications sont répétées toutes les quatre heures ou même toutes les deux heures.

Nous ne croyons pas devoir recommander, pour le traitement local de la diphthérie, d'autres topiques que les précédents. Nous ne citerons que le *jus de citron*, dont les applications sont très désagréables aux malades, mais qui se sont montrées utiles et auxquelles le médecin pourra recourir, au moins provisoirement s'il n'a pas d'autre topique à sa disposition et qu'il doit différer l'injection de sérum par force majeure. Quant aux innombrables médicaments, simples ou composés, qui ont été successivement proposés par les auteurs en applications locales dans le traitement de l'angine diphthérique, nous ne nous arrêterons pas à les énumérer. Le plus grand nombre d'entre eux est nuisible ou inutile, et, parmi les autres, aucun n'est supérieur, ni même aussi efficace, que ceux dont nous avons conseillé l'emploi.

Traitement local des localisations extra-gutturales de la diphthérie.

— Ce traitement, suivant les localisations, présente quelques indications particulières, sauf dans la *diphthérie buccale*, pour laquelle nous indiquerons seulement les bons effets de la solution iodée.

Dans la *diphthérie nasale*, les lavages sont très utiles; mais on ne devra pas chercher à faire repasser le liquide injecté dans une narine par la narine opposée, pour éviter de faire pénétrer de l'eau dans les trompes. On dirigera simplement le jet dans chaque fosse nasale, sans trop de force, en plaçant le bout de la canule à l'entrée de la narine. On s'abstiendra d'introduire des porte-topiques dans le nez, pour ne pas blesser la muqueuse, mais on pourra y instiller de l'eau oxygénée étendue en exprimant dans la narine un tampon de coton imbibé

de ce liquide. On évitera la formation de croûtes à l'entrée des narines, par des applications répétées de vaseline.

Dans la *diphthérie auriculaire*, on agira de même. Les irrigations d'eau chaude pure et les instillations d'eau oxygénée très étendue sont indiquées aussi dans la *diphthérie oculo-conjonctivale*.

Les lavages, l'eau oxygénée, la poudre d'aristol, rendront les plus grands services dans le traitement de la *diphthérie ano-génitale* et des *strepto-diphthéries cutanées*. Ces dernières seront souvent très heureusement modifiées par les topiques antiseptiques et les applications d'iodoforme en particulier.

Traitement local du croup. — Le traitement local du croup serait tout à fait insuffisant s'il s'adressait seulement aux lésions, comme celui de l'angine et des autres localisations de la diphthérie. Il lui faut encore et surtout lutter contre les symptômes. D'abord il doit tendre à exercer sur la muqueuse du larynx une action sédative qui diminue son irritabilité et son excitabilité réflexe, de façon à retarder autant que possible le début des troubles respiratoires spasmodiques. Si, lorsqu'ils ont apparu, il ne suffit pas à modérer leur aggravation progressive, et que l'asphyxie menace d'emporter le malade avant que le sérum ait exercé son action curative sur les lésions du larynx, il doit faire face à l'indication, urgente et formelle, du rétablissement de la béance de l'entrée de l'arbre aérien à l'aide de moyens chirurgicaux.

INHALATIONS CONTINUES DE VAPEUR D'EAU. — La première indication est remplie par les inhalations continues de vapeur d'eau, auxquelles le malade doit être soumis dès le début du croup, et rester soumis jusqu'à la fin de sa maladie, même si elles n'ont pu lui épargner l'intervention chirurgicale. Il ne peut être ici question d'inhalations faites à l'aide de petits appareils projetant une colonne de vapeur que le malade aspire directement. C'est l'atmosphère de la chambre qui doit être constamment saturée de vapeur d'eau, tout en conservant une chaleur constante de 20 degrés au moins pendant l'hiver; et, pendant l'été, maintenue autant que possible à une température modérée.

Cette atmosphère de vapeur s'obtient en installant, dans la chambre du malade, un grand fourneau à gaz (ou à défaut de gaz un fourneau à essence minérale) sur lequel est placé un large récipient en forme de bassine, où l'on maintient jour et nuit de l'eau en pleine ébullition. On peut ajouter à l'eau bouillante quelques cuillerées de teinture de benjoin, ou encore des feuilles d'eucalyptus. Pour ne pas trop chauffer la chambre, on sature l'air d'humidité en faisant fonctionner en même temps de grands pulvérisateurs à vapeur. Il est absolument inutile de faire courir au malade un risque d'intoxication en ajoutant à l'eau de l'acide phénique, comme on le faisait il y a quelques années. Ce n'est point en effet aux vapeurs de phénol, comme l'ont cru Renou et beaucoup d'autres auteurs, qu'est due l'efficacité de la méthode, mais bien à la vapeur d'eau. Sous son influence, les fausses membranes se ramollissent; leur adhérence diminue, et elles se détachent plus facilement et plus vite. De plus, le spasme se calme, les accès de suffocation sont moins fréquents et moins violents, l'apparition de la dyspnée permanente est retardée, et souvent le sérum amène la chute des fausses membranes et la fin de l'irritation laryngée avant que l'opération chirurgicale ait dû être pratiquée. Ce mode de traitement, extrêmement simple, est, en réalité, un adjuvant très puissant de la sérothérapie; du jour où il y eut

systématiquement soumis, à l'hôpital Trousseau, tous les enfants atteints de croup aussitôt que possible après le début des symptômes laryngés, Variot a vu le nombre des interventions opératoires s'abaisser d'un tiers.

Les enfants qui présentent naturellement une irritabilité nerveuse excessive, les sujets très jeunes et en général ceux qui ont moins de deux ans, enfin ceux qui ont déjà de la diphthérie bronchique ou de la broncho-pneumonie, ne retirent qu'un très médiocre bénéfice de ce traitement; mais les autres, s'ils ne sont pas toutefois dans un état asphyxique déjà accentué lorsqu'on les place dans la vapeur d'eau, sont en général soulagés rapidement. Si l'opération ne peut être évitée, elle est du moins presque toujours retardée. Dans les cas heureux, on peut voir survenir des améliorations inespérées chez des sujets dont le tirage est très accentué depuis plusieurs heures déjà; celui-ci peut céder au bout de deux ou trois heures, et ne pas reparaitre avant que le sérum ait amené l'expulsion des fausses membranes laryngo-trachéales et supprimé le danger de son retour.

INDICATIONS DE L'INTERVENTION CHIRURGICALE. — Lorsque le sérum aidé de la vapeur d'eau n'amène pas l'expulsion des exsudats, ne calme pas l'irritation de la muqueuse et le spasme qui en résulte avant que le malade ne soit sérieusement menacé de mourir suffoqué, l'intervention chirurgicale s'impose. Le seul moyen de gagner du temps, et de préserver le malade de l'asphyxie en attendant que le sérum ait agi, est de pratiquer à l'entrée des voies aériennes une ouverture artificielle temporaire, qui y assure la pénétration de l'air tant que l'obstruction de l'orifice naturel n'a pas disparu. S'il était possible d'assurer au malade le bénéfice de l'intervention sans l'exposer à des accidents ou à des complications opératoires ou post-opératoires, il serait évidemment indiqué d'y recourir dès le début des accidents dyspnéiques, pour ne pas le priver du soulagement qui la suit immédiatement lorsque le croup seul est en cause. Mais il n'en est pas ainsi. L'opération, quelle qu'elle soit, n'est pas inoffensive, et elle ne prévient le danger imminent qui menace le malade qu'en l'exposant à d'autres dangers d'ordres différents. Aussi ne doit-on la considérer que comme une intervention de nécessité, et n'y recourir que lorsque l'évidence et la gravité du danger ont établi qu'elle est le seul moyen d'arracher le malade à une mort certaine.

La limite extrême de la temporisation, c'est l'apparition de l'asphyxie progressive après un certain temps de tirage permanent, dénotée par la cyanose croissante dans la majorité des cas, et alors même que la cyanose fait défaut et est remplacée par une pâleur livide (*asphyxie blanche*), par l'anesthésie cutanée qui se montre aux membres d'abord, et s'accroît ensuite en même temps qu'elle tend à se généraliser de plus en plus. Les sueurs froides, l'absence complète du murmure vésiculaire et la faiblesse des contractions cardiaques à l'auscultation, la petitesse et les irrégularités du pouls, qui s'arrête parfois à la fin de l'inspiration (pouls paradoxal), sont des signes confirmatifs dont on ne doit pas non plus négliger la recherche. Il faut alors intervenir sans retard, et ne plus compter sur l'action du sérum: le danger est imminent, il faut y parer à tout prix.

Toutefois cette règle générale comporte des exceptions. Dans certains cas, la violence et la durée exceptionnelles des premiers accès de suffocation doit faire craindre que les suivants ne s'aggravent encore: le danger de mort devient

alors d'une évidence telle qu'il est indispensable d'y faire face immédiatement. Il en est de même si le malade n'a que des accès de suffocation d'intensité moyenne, mais si ces accès se répètent à de courts intervalles, et qu'en même temps la faiblesse, la mollesse, la petitesse et les irrégularités du pouls dénotent l'insuffisance fonctionnelle du cœur. Dans d'autres cas, plus nombreux, la question de l'opportunité de l'intervention peut se poser avant que celle-ci soit devenue absolument urgente : c'est lorsque le médecin se trouve en face d'un malade qui ne présente point encore de signes d'asphyxie, mais qui ne peut manquer d'en présenter fatalement avant que le sérum ait agi. L'opération étant dès lors inévitable, le médecin doit choisir le moment le plus favorable pour la pratiquer, et agir dès que les accès de suffocation se rapprochent, prennent de l'intensité, et que la dyspnée persiste dans leur intervalle.

Les éléments d'appréciation qui peuvent guider le jugement du médecin et l'amener à conclure que l'intervention ne pourra être évitée sont variables et de divers ordres. Le plus important, peut-être, est la notion du degré que l'évolution de la maladie a atteint au moment où la première injection de sérum a été faite. Comme celui-ci n'agit pas, en général, avant 36 ou 48 heures, il est clair que si le malade touche à la fin de la seconde période du croup lorsque la première injection du sérum est pratiquée, on ne pourra compter que le malade puisse attendre que le remède ait eu le temps d'agir. S'il s'agit d'un enfant au-dessous de deux ans, d'un malade débilité par une maladie antérieure, ou présentant des signes d'une intoxication diphthérique très prononcée, il résistera sûrement moins longtemps qu'un enfant de 6 ou 7 ans ou un sujet plus âgé, vigoureux, et dont le cœur fonctionne encore normalement. La forme clinique de la diphthérie qui est en cause doit aussi être prise en considération : on sait, en effet, que le sérum agit mieux sur les croups diphthériques purs ou cocco-diphthériques, qu'en cas de strepto-diphthérie, et que l'association du staphylocoque est beaucoup plus grave, en général, dans le croup que dans l'angine.

En cas de doute, il est plus sage, en somme, de ne pas attendre et d'intervenir de bonne heure. Mieux vaut risquer d'opérer prématurément quelques malades qui, par une exception heureuse et impossible à prévoir, eussent guéri sans intervention, que d'en laisser peut-être mourir un plus grand nombre qui eussent été sauvés si on les avait opérés à temps. Parmi ces derniers, il ne faut pas compter seulement ceux que l'opération ne peut rappeler à la vie, ou n'empêche pas de succomber rapidement aux progrès de l'asphyxie. Il faut compter aussi ceux qui succombent à des broncho-pneumonies secondaires qu'ils eussent évitées si l'emphysème aigu et la stase pulmonaire résultant de la prolongation et de l'intensité du tirage n'avaient altéré la vitalité du poumon et amoindri sa force de résistance à l'infection. Il est impossible, évidemment, d'apprécier nettement en pareil cas le rôle réciproque du microbe infectant et de l'organe infecté; mais il n'est point téméraire de supposer que la résistance de l'organe conserve son importance prédominante, ici comme toujours, et qu'elle a grande chance d'être plus élevée chez les malades opérés un peu trop tôt peut-être, que chez ceux qui l'ont été tardivement. Les premiers, d'ailleurs, ne garderont qu'un jour ou deux à peine leur tube ou leur canule, dont l'ablation précoce diminue notablement les risques des complications post-opératoires.

Dans tous les cas, à partir du moment où la dyspnée tend à devenir continue, le malade doit être l'objet de la surveillance étroite et constante d'un homme de l'art. Celui-ci doit être en mesure d'intervenir en cas d'urgence inattendue, si le médecin traitant ne peut rester à portée du malade et se tenir prêt à arriver immédiatement au premier signal. A dater de cette période, en effet, il est souvent difficile de prévoir exactement l'imminence de l'asphyxie, et plus encore la marche plus ou moins rapide qu'elle suivra à partir de son début. Ce n'est qu'en ne perdant pas le malade de vue qu'on peut se mettre à l'abri de pénibles surprises. La chose est aisée à l'hôpital; elle est encore réalisable en ville, sinon toujours, du moins dans un certain nombre de cas. Mais dans la pratique rurale les conditions sont bien différentes : obligé de donner des soins à des personnes qui résident souvent à de grandes distances les unes des autres ou de son propre domicile, presque toujours privé de l'assistance d'un confrère, le médecin n'est pas toujours en mesure de revoir ses malades à aussi courts intervalles qu'il le faudrait. Souvent alors le médecin est non pas seulement autorisé, mais tenu d'opérer de très bonne heure, parce que le péril manifeste que peut courir le malade de succomber à la suffocation et à l'asphyxie avant que l'opérateur ait eu le temps d'arriver près de lui ou même ait été prévenu de la situation, est infiniment plus grave que le danger éventuel résultant de la possibilité d'accidents opératoires ou de complications post-opératoires. Ici le médecin ne doit prendre pour guide que sa conscience, et laisser de côté les préoccupations théoriques : la faute la plus lourde qu'il puisse commettre, il ne doit pas l'oublier, c'est de laisser mourir faute d'intervention un malade qu'il a négligé d'opérer en temps utile, lorsqu'il en a eu la possibilité.

CONTRE-INDICATIONS. — Quelque avancée que soit l'asphyxie lorsqu'il arrive, le médecin doit toujours opérer, si le malade n'est pas positivement mort. Archambault, qui après Trousseau a insisté sur ce point, a cité des exemples comparables à de véritables résurrections; beaucoup d'autres auteurs en ont rapporté également, et bien des médecins ont eu l'occasion d'en observer. La respiration artificielle, les insufflations d'air pur ou sur-oxygéné par l'orifice opératoire, les tractions rythmées de la langue, méthodiquement pratiquées et patiemment prolongées, aidées au besoin des flagellations sur la peau, de l'électrisation faradique, des injections d'éther, etc., ont pu rappeler des enfants à la vie, souvent au bout d'une heure, deux heures, ou même plus, contre toutes les prévisions : aussi, en pareil cas, on ne devra céder à l'évidence qu'en désespoir de cause.

La mort apparente n'est donc pas une contre-indication à l'intervention opératoire. En réalité, il n'existe pas de contre-indication opératoire en cas de croup. Dans certaines conditions (signes d'intoxication très intense, croups secondaires à la rougeole ou à la scarlatine avec état général grave, broncho-pneumonie ou diphthérie bronchique étendue confirmées), elle n'aura, il est vrai, que peu de chances de succès. Mais comme il n'est pas impossible de voir, contre toute attente, la guérison survenir dans quelques cas semblables grâce à l'opération; comme, sans son secours, le malade est voué au contraire à une mort certaine, le devoir du médecin est formel. L'hésitation lui est d'autant moins permise que dans ces conditions l'intervention ne risque jamais d'être nuisible, alors qu'elle soulage plus ou moins le malade dans la très grande