

chéotomie haute, après énucléation et fixation du larynx avec la main gauche, en deux temps (le second, pour plus de sûreté, divisé lui-même en deux mouvements, le bistouri ordinaire étant remplacé par le bistouri boutonné après la ponction), est en réalité une opération très abordable; surtout si l'opérateur se gare des risques d'incisions latérales en traçant d'avance sur la peau la ligne médiane, et qu'il soit bien assisté par un aide qui étanche le sang, lui donne les instruments successivement nécessaires, etc. Certes, c'est une opération qui n'est pas insignifiante : mais la physionomie dramatique sous laquelle elle nous apparaît doit ses caractères aux circonstances particulièrement émouvantes qui l'accompagnent d'ordinaire et à l'imminence du péril croissant que court le malade pendant son exécution, bien plus qu'à des difficultés et à des dangers opératoires. Les jeunes médecins qui, leurs études terminées, s'en vont exercer leur profession dans les petites villes ou les campagnes, sans avoir jamais fait de trachéotomies (c'est-à-dire l'immense majorité) réussissent en général leur première opération, malgré l'émotion avec laquelle ils l'entreprennent, et presque tous arrivent bientôt à l'exécuter correctement, à des intervalles de temps variables avec les hasards de la pratique, s'ils ont à quelque degré le *tempérament chirurgical*, c'est-à-dire de la décision et du sang-froid. Ils arriveraient certainement aussi à exécuter le tubage, à condition d'avoir un degré suffisant d'habileté manuelle; mais comment espérer qu'ils aient assez souvent l'occasion de s'y exercer pour en prendre l'habitude, et éviter de léser peu ou prou la muqueuse du larynx, d'autant plus fragile qu'elle est plus malade, au moment de l'introduction du tube? Les opérateurs les plus expérimentés, qui chaque jour exécutent plusieurs tubages, ne peuvent se flatter d'y arriver sûrement, surtout dans les cas où le croup relève de certaines strepto-diphthéries, et que la muqueuse du vestibule laryngé, devenue friable, saigne presque aussi facilement que celle du pharynx au moindre contact.

En résumé, la trachéotomie est une opération réglée, relevant de la pratique courante; tandis que le tubage est une intervention un peu aléatoire, exigeant une éducation technique spéciale et dont l'habitude, une fois acquise, ne peut être conservée que par une pratique constante. Elle doit être exécutée, du commencement à la fin, en quelque sorte automatiquement, les déplacements du larynx réglant les manœuvres de l'opérateur sans que celui-ci en ait conscience. Elle relève, en réalité, du laryngologiste plutôt que du médecin ou du chirurgien. En ce qui concerne le sang-froid nécessaire au médecin pour l'une et l'autre opération, on doit remarquer que dans tous les cas de tubage, la dyspnée du malade augmente, ou plutôt la respiration est arrêtée et l'asphyxie s'accroît rapidement, à partir du moment où le doigt du médecin arrive sur l'épiglotte jusqu'à celui où l'introduction du tube est terminée. Le danger croît donc rapidement. Dans tous les cas, au contraire, ou la trachéotomie n'est pas pratiquée avant que l'asphyxie n'ait commencé, le chloroforme diminue la dyspnée, retarde le danger, et donne du temps et de la confiance à l'opérateur.

Si, laissant de côté les cas ordinaires et en quelque sorte réguliers, nous envisageons les cas particuliers, plus ou moins exceptionnels, qui peuvent lorsqu'ils se présentent mettre le médecin aux prises avec des difficultés inattendues et inévitables, nous devons constater que, si parfois la trachéotomie est impraticable, le tubage peut aussi être impossible. On peut même affirmer que le nombre des tubages qui se montrent pour des opérateurs exercés, soit impraticables, soit incapables de rétablir la respiration, est manifestement supérieur à

celui des trachéotomies, entreprises par des chirurgiens également expérimentés, qui n'ont pu être achevées à temps par suite d'accidents opératoires inévitables. Aussi tous les auteurs sont d'accord pour affirmer l'absolue nécessité de ne jamais entreprendre un tubage sans avoir à sa portée tout l'arsenal nécessaire pour pratiquer au besoin la trachéotomie si le tubage échoue, et les trachéotomies qui ont dû être pratiquées dans ces conditions ne se comptent plus. Il ne nous semble d'ailleurs pas moins sage de recommander aux opérateurs qui commencent une trachéotomie d'emblée de se munir de l'arsenal du tubage, afin de pouvoir recourir au besoin à celui-ci : en cas d'accident exceptionnel arrêtant l'opérateur en route au milieu d'une trachéotomie, le tubage serait une précieuse ressource; en général facile sur un sujet à peu près asphyxié, il sauverait peut-être en pareil cas la vie du malade, en même temps que la réputation du chirurgien.

Pendant le séjour du tube dans le larynx, la sécurité du malade est loin d'être absolue; car le danger de l'obstruction du tube ou de son expulsion est constant. Certes, beaucoup de malades y échappent; mais beaucoup d'autres au contraire doivent être retubés ou détubés à maintes reprises sous peine de suffocation, et parfois d'asphyxie rapide, et un certain nombre doivent, en fin de compte, être trachéotomisés. Aussi la très grande majorité des auteurs s'accordent à reconnaître avec Sevestre et Martin et avec Variot, que *le tubage exige* que le malade, *après son exécution*, soit soumis à la *surveillance directe* et constante, tant que le tube est dans le larynx (48 à 72 heures en général), *d'un médecin exercé à l'opération aussi bien qu'à la trachéotomie, prêt à pratiquer d'urgence l'une ou l'autre en cas de besoin*. Au contraire, pendant le séjour de la canule dans la trachée, les accidents de suffocation sont faciles à conjurer, la sécurité est réelle et constante; tandis que les complications de la plaie sont aujourd'hui à peu près exceptionnelles.

Le principal argument des partisans du tubage en faveur de sa supériorité est que cette intervention n'est pas une opération sanglante : la plaie opératoire de la trachéotomie, bien que les pratiques antiseptiques actuelles l'aient rendue beaucoup moins dangereuse qu'autrefois, joue cependant encore un rôle important dans la genèse des infections secondaires respiratoires; or, le tubage n'exposant pas le malade à des broncho-pneumonies relevant de cette cause qu'il exclut, il l'exonère dans beaucoup de cas d'une des complications les plus graves du croup. Ce raisonnement est évidemment inattaquable, mais il ne nous renseigne pas sur le fait qui nous importe, c'est-à-dire la question de savoir si la broncho-pneumonie (quelle que soit sa cause) est plus fréquente après la trachéotomie qu'après le tubage. Pour la résoudre, il nous faudrait des statistiques comparables, et des chiffres démonstratifs qui nous font défaut. Nous savons seulement que la broncho-pneumonie n'est point évitée par le tubage; et qu'au contraire elle l'accompagne ou le suit assez fréquemment. Nous reconnaissons volontiers que le tubage affranchit le malade de l'influence pathogénique de la plaie opératoire trachéale; mais nous admettons comme un fait également incontestable qu'il ne supprime cette cause prédisposante aux broncho-pneumonies secondaires que pour lui en substituer une autre : il ne saurait être douteux, en effet, que l'infection ne soit favorisée par la rétention, dans les voies respiratoires, des débris pseudo-membraneux et des sécrétions catarrhales. Or, leur accumulation sous la glotte autour de la partie inférieure du tube qui est libre est inévitable, leur expulsion

complète est impossible, et leur passage à travers l'étroit canal du cathéter d'O'Dwyer est évidemment plus lent et plus difficile que par le large conduit de la canule trachéale. Nous ignorons complètement si ces conditions jouent dans la genèse de la broncho-pneumonie un rôle égal, supérieur ou inférieur à celui de la plaie opératoire. Mais nous savons que ce dernier peut être amoindri par la pratique de l'antisepsie et des précautions hygiéniques; tandis que nous ne concevons aucun moyen d'action contre le premier.

Par contre, il semble bien démontré que lorsque la prolongation du spasme s'oppose au détubage, les ulcérations laryngées qui en résultent presque fatalement, lorsqu'elles sont aggravées par la présence du tube, tuent le malade, deux fois sur trois, par broncho-pneumonie. Richardière, sur un peu moins de 500 enfants tubés dans son service, a observé 21 fois (4 pour 100) la persistance du spasme obligeant au maintien du tube. De ces 21 enfants, 15 sont morts, un pendant la trachéotomie, 12 de broncho-pneumonie. L'autopsie a pu être faite complètement 9 fois : 9 fois il existait des ulcérations laryngées, et en même temps des lésions étendues de broncho-pneumonie de formes diverses (1).

Il nous reste à mettre en parallèle les accidents consécutifs auxquels les sujets sont exposés après que l'une ou l'autre opération ayant été pratiquée avec succès, le malade a échappé aux complications respiratoires et autres ainsi qu'à l'intoxication diphthérique, et guéri du croup. Nous laisserons de côté les cas où l'ablation de la canule est retardée par des spasmes glottiques relevant de l'impressionnabilité nerveuse des malades ou par la paralysie des dilatateurs glottiques. Mais nous n'oublierons pas que le tubage, quand il a duré de 4 à 6 jours, a le fâcheux privilège d'être assez souvent suivi de complications laryngées tardives plus ou moins graves (laryngites ulcéreuses à cicatrisation lente, infiltrations sous-glottiques persistantes, rétrécissements fibro-cartilagineux progressifs, etc.) assez sérieuses pour que la fréquence et l'importance de ces accidents leur aient fait consacrer, dans les nouveaux traités de pathologie infantile, un chapitre spécial dans l'histoire des maladies du larynx (2). Les lésions de la trachée consécutives à la trachéotomie sont au contraire exceptionnelles, et elles ne peuvent que devenir de plus en plus rares, aujourd'hui que la canule est le plus souvent enlevée au bout de 3 ou 4 jours, au lieu de 7 à 9 jours comme avant l'emploi du sérum. Les complications inflammatoires de la plaie, qui ont été suivies dans certains cas de rétrécissements de la trachée, sont devenues exceptionnelles depuis que les pansements et l'opération sont faits antiseptiquement. La guérison rapide de la plaie, après l'ablation de la canule, donne des cicatrices linéaires souples, qui ont bien peu de chance d'être le point de départ de productions polypeuses tardives ou de bourgeons charnus exubérants, complications déjà fort rares autrefois.

Nous devons cependant examiner ici une théorie qui risquerait, si elle était admise sans examen, de jeter sur la trachéotomie un discrédit que nous croyons immérité. Si son résultat était, simplement, de faire préférer le tubage à la trachéotomie quand le médecin en a le choix, comme le conseille l'auteur, nous n'y verrions aucun inconvénient, puisque nous croyons que ces deux opérations se valent. Mais cette doctrine ne peut manquer de décourager l'opérateur qui se

(1) *Bulletin médical*, 1899, n° 11.

(2) VARIOT et GLOVER; Laryngites traumatiques consécutives au tubage; in *Traité des maladies de l'enfance*, de Grancher, Marfan et Comby; t. III, p. 856-855.

trouve dans des conditions telles que la trachéotomie est la seule opération qu'il puisse proposer, et de le faire hésiter à y recourir avant la période ultime du croup, alors que, précisément dans les cas de ce genre, son efficacité est certainement supérieure quand elle est faite de meilleure heure. Nous entendons parler du fâcheux retentissement sur la santé générale ultérieure des sujets qu'aurait la trachéotomie, d'après le professeur Landouzy. Les observations de cet auteur l'ont amené à cette conclusion fâcheuse, que la grande majorité des enfants trachéotomisés qui survivent à l'opération n'ont que bien peu de chances d'arriver à la virilité, et celles de J. Simon sont d'accord avec elles. D'après Landouzy, dès le lendemain de l'opération, ces enfants seraient déjà des candidats à la tuberculose précoce, et la très grande majorité d'entre eux y succomberaient avant d'avoir atteint leur vingtième année. Cette assertion, qu'aucune enquête personnelle ou autre ne nous autorise ni à confirmer ni à contester, n'est cependant pas, nous devons le faire remarquer, acceptée sans réserves par Sevestre et Martin : « Nous pensons, disent-ils, qu'il y a dans cette assertion une certaine exagération : il n'est pas absolument rare de voir des adultes portant les stigmates de l'opération et ne présentant aucune apparence de débilité; nous pourrions ajouter que la première opérée de Bretonneau (1825) jouit encore aujourd'hui (1896) d'une santé florissante. » Quoi qu'il en soit, les constatations du professeur Landouzy ne nous semblent pas nécessairement comporter l'interprétation qu'il en donne, et les conclusions pratiques qu'il en tire. Pour lui, c'est la trachéotomie, c'est l'opération, ou plutôt même la cicatrice qu'elle laisse après elle qui ferait des opérés des candidats à la tuberculose (1). Dès lors, on ne devrait recourir qu'en désespoir de cause à une intervention qui compromet à ce point l'avenir des opérés, et ne s'y résigner qu'en cas d'impossibilité absolue d'y substituer le tubage.

Cette conclusion ne serait légitime que si vraiment il était démontré que c'est bien la trachéotomie qui est responsable de la débilité dont sont atteints les enfants qui y ont survécu, et de leur fâcheuse prédisposition à la tuberculose précoce. Mais comme l'immense majorité des enfants trachéotomisés le sont pour le croup (les trachéotomies susceptibles de guérison pratiquées dans le jeune âge pour d'autres causes étant tout à fait exceptionnelles et ne pouvant entrer en ligne de compte), la presque totalité des faits observés par J. Simon et Landouzy se rapportent à des sujets ayant eu des croups graves guéris après trachéotomie dans leur enfance, et chez lesquels la constatation d'une cicatrice trachéale ne signifiait pas seulement : *trachéotomie dans l'enfance*, mais aussi *croup grave dans l'enfance*. Dès lors, pourquoi rendre responsable de la phtisie consécutive l'incision trachéale, traumatisme assez médiocre et limité, ou pour mieux dire la cicatrice qu'elle a laissée, plutôt que la maladie aiguë grave, à localisation spéciale, qui l'a nécessitée? Nous cherchons vainement à comprendre le rôle pathogénique énorme et disproportionné attribué à une petite plaie, qui était guérie après huit ou dix jours, et à la cicatrice minuscule de la

(1) « Pour ce qui est de la pathogénie de la tuberculose à plus ou moins grande échéance chez les trachéotomisés, je crois qu'on en doit chercher l'explication dans ce fait, qu'au niveau de la plaie la destruction de l'endothélium (qui ne réapparaît plus, qui ne se renouvellera pas, puisque la muqueuse devient le siège d'un véritable tissu de cicatrice) empêche la phagocytose de se faire, de telle sorte que le jour où le bacille de Koch entrera dans les voies respiratoires supérieures, il ne trouvera aucun obstacle à sa migration, à sa vitalité, à son développement, et pénétrera dans les bronches et dans les alvéoles. » LANDOUZY; *Sérothérapie*, Paris, 1898, p. 273.

trachée⁽¹⁾; tandis que nous pouvons fort bien nous expliquer que le croup, localisation de l'infection diphthérique dans le conduit laryngo-trachéal (qui entraîne la migration des bacilles à la surface de la muqueuse trachéo-bronchique et son imprégnation directe et particulièrement accentuée par les toxines, en même temps qu'elle détermine des troubles fonctionnels graves, circulatoires, nerveux, mécaniques, etc., de l'appareil respiratoire tout entier) n'ait pu le plus souvent guérir, tant que sa gravité s'est maintenue telle qu'elle était avant l'emploi du sérum, sans avoir porté à la vitalité et à la force de résistance des tissus broncho-pulmonaires une atteinte assez profonde pour les rendre susceptibles de se tuberculiser à brève échéance. Nous sommes donc tout prêt à admettre que le croup grave constitue pour l'enfant qui y a échappé une condition prédisposante à la phtisie juvénile; mais, avant d'admettre que c'est à la cicatrice trachéale que cette prédisposition est due, avant d'admettre aussi, avec le professeur Landouzy, qu'après le tubage « tout est fini », et que le malade n'a plus rien à craindre, nous attendrons d'y être obligé par une démonstration qui fait encore défaut.

Aux États-Unis, de 1888 à 1894, pendant les sept années qui ont précédé l'emploi du sérum, le tubage et la trachéotomie ont été employés concurremment pour le traitement du croup par les médecins d'enfants. Les uns ne faisaient que le tubage, les autres ne le faisaient jamais. Nos confrères américains, disposent donc, *actuellement*, des moyens de faire une enquête instructive sur la santé de leurs malades guéris de croups graves sans sérum, à la suite de l'une ou de l'autre intervention. Il serait très désirable que cette enquête fût faite : elle seule pourrait établir nettement si le croup grave guéri par le tubage a ou n'a pas les conséquences fâcheuses du croup grave guéri par la trachéotomie; et aussi quelle est la proportion réelle de ces tuberculoses consécutives au croup.

Arrivé à la fin de ce parallèle entre le tubage et la trachéotomie, nous trouvons-nous suffisamment éclairé pour affirmer que l'une des deux opérations est préférable à l'autre? Nullement. Nous avons pris quelque peu la défense de la trachéotomie, parce qu'on a aujourd'hui la tendance, fâcheuse à notre avis, de la considérer un peu comme une vieille méthode destinée à disparaître. Mais, si nous considérons l'intervention comme devant nécessiter la présence, soit du tube dans le larynx, soit de la canule dans la trachée, pendant 2 ou 3 jours, nous croyons que les deux opérations se valent. Nous ne donnerions la préférence à la trachéotomie que si le détubage n'avait grande chance de n'être fait qu'après quatre jours ou plus, en raison des lésions de décubitus que le tube risque si fort d'amener quand son séjour dans le larynx dépasse 72 heures. Dans le tubage, nous le répétons, c'est le long séjour du tube dans le larynx que nous craignons par-dessus tout : les traumatismes d'introduction ne risquent guère d'être graves entre les mains d'opérateurs même peu exercés, s'ils sont attentifs, exempts de violence et de brusquerie, et non exceptionnellement

(1) Nous n'envisageons ici, bien entendu, que les trachéotomisés qui n'ont gardé leur canule que pendant 6 ou 8 jours (et dès maintenant 5 ou 4 jours) de lit. Les *canulars*, comme on les appelle à l'hôpital, qui gardent leur canule pendant des semaines et des mois, se promènent avec elle et s'exposent aux poussières, etc., sont dans des conditions bien différentes. On sait, depuis longtemps, qu'ils sont tout particulièrement exposés aux complications respiratoires aiguës ou chroniques. Il n'est pas douteux, d'ailleurs, que le professeur Landouzy n'ait pas tenu compte de cette catégorie de trachéotomisés dans ses observations.

maladroits; ceux d'extraction sont évités par la méthode de Bayeux; mais les lésions de décubitus sont inévitables et leurs conséquences peuvent être extrêmement graves; il ne faut pas l'oublier.

La seule véritable infériorité de la trachéotomie sur le tubage, c'est qu'elle est une opération *définitive*, tandis que ce dernier peut n'être qu'une intervention *momentanée*. En effet, de très nombreuses observations établissent qu'il n'est pas très rare de voir le séjour dans le larynx, pendant quelques heures, et même beaucoup moins longtemps, d'un tube que le malade rejette ensuite accidentellement, suffire pour donner au sujet le temps d'attendre l'effet du sérum sans autre intervention, ou sans que le retour des accidents dyspnéiques n'en nécessite une seconde qu'après 20 ou 24 heures de répit, au moment où l'action du sérum est près de se produire. Le tubage a évidemment agi, en pareil cas, soit simplement en faisant cesser le spasme par le mécanisme de la dilatation forcée de la glotte, soit en ajoutant à cette action le soulagement amené par le détachement et le rejet de fausses membranes volumineuses. On sait que ce soulagement ne manque presque jamais quand cette expulsion se fait spontanément, mais alors elle est le plus souvent de courte durée. Quant à la dilatation extemporanée du larynx dans le croup, Renou et Constantin Paul en ont déjà signalé les bons effets. Comme le fait remarquer Variot, le tube d'O'Dwyer la réalise mieux et plus sûrement que tout autre instrument. Pourquoi se contenter de profiter de ces bons effets quand le rejet accidentel du tube en fournit l'occasion, et ne pas chercher à faire naître celle-ci si l'on juge avoir quelque chance d'y réussir? C'est ce qu'a pensé Variot, et, à notre sens, la méthode qu'il a proposée sous le nom de *dilatation et écouvillonnage du larynx par le tube d'O'Dwyer* est parfaitement rationnelle. Elle ne doit évidemment pas être considérée comme une méthode systématique applicable à tous les cas, mais nous conseillons de ne point hésiter à l'employer *de bonne heure*, avant toute autre intervention, à titre de dilatation glottique *dans les croups très spasmodiques*; et même plus tard à l'occasion, comme procédé d'écouvillonnage du larynx *dans les croups très membraneux*.

Au lieu de placer le tube à demeure dans le larynx de propos délibéré, on pourra : 1° dans ce dernier cas, ne le laisser que peu d'instant et l'enlever ensuite pour laisser le malade tousser et expulser des membranes s'il le peut; — 2° dans le premier, où la méthode nous paraît surtout indiquée, on essaiera de n'enlever le tube qu'au bout d'une heure ou deux, après avoir laissé profiter le malade du soulagement consécutif au tubage et du repos que lui donne le premier sommeil. Si la respiration reste libre, et qu'on puisse gagner 12 à 24 heures, on pourra essayer de recourir encore une fois à la même manœuvre à ce moment s'il y a lieu. Si au contraire la dyspnée ne tarde pas à reparaitre après l'ablation du tube, et c'est là malheureusement ce qui arrivera le plus souvent, il faudra opérer sans plus attendre, et faire alors soit le tubage, soit la trachéotomie; mais sans se laisser guider par ce principe dont la légitimité ne nous semble pas établie, que le tubage est l'intervention de choix et la trachéotomie celle de nécessité : pour nous, ce n'est jamais sans nécessité qu'on doit laisser un tube à demeure dans le larynx, pas plus qu'une canule dans la trachée.

Malgré les assertions contraires de quelques auteurs, nous pensons avec Sevestre et Martin, Variot, Barbier, et beaucoup d'autres, que *l'impossibilité d'assurer au malade, pendant 72 heures, la surveillance constante et directe*

d'un médecin prêt à détuber, à retuber ou à trachéotomiser d'urgence en cas d'accident, constitue une *contre-indication formelle au tubage*. Ce fait seul suffit donc à limiter jusqu'ici ses applications au traitement des malades d'hôpital et à celui de quelques privilégiés de la clientèle urbaine. Tant que des perfectionnements de la méthode, impossibles encore à prévoir, n'auront pas modifié les conditions actuelles, la trachéotomie gardera toute son importance et restera la méthode classique de traitement chirurgical du croup.

D. — Traitement des complications de la diphthérie. — Convalescence. — Les complications cardiaques, qui comptent parmi les accidents les plus redoutables de la diphthérie, ont un caractère insidieux qui doit toujours tenir le médecin en garde contre leur apparition possible. Aussi doit-il surveiller attentivement le fonctionnement du cœur pendant toute la durée de la maladie, et agir dès qu'il constate un signe pouvant dénoter que le cœur menace de fléchir. En pareil cas, il faut recourir aux injections sous-cutanées de caféine, et les répéter 2 ou 3 fois par jour aux doses indiquées suivant l'âge du malade, jusqu'à ce que le cœur ait repris son fonctionnement normal. Si le collapsus cardiaque apparaît, il devra au plus vite être combattu par les injections d'éther, et au besoin par une application de pointes de feu sur la région précordiale, si l'adynamie s'accroît. Sevestre et Martin ont dû plusieurs succès inespérés aux injections de sérum artificiel (solution de chlorure de sodium à 7 pour 1000).

Nous avons indiqué précédemment les moyens à employer pour assurer l'alimentation, en cas de *paralysie diphthérique* du pharynx. Ces paralysies localisées n'exigent aucun traitement particulier. Dans les formes généralisées, l'électrisation, sous forme de courants continus, ou faradiques à longues intermittences, de faible intensité, seront utiles. On y ajoutera l'emploi de la strychnine à l'intérieur; les frictions sèches ou aromatiques sur les parties atteintes, les bains sulfureux ou salés. On surveillera attentivement la poitrine si les muscles du tronc sont atteints, et on défendra le malade contre les refroidissements ou autres causes de bronchite, en raison du danger que les plus légers accidents pulmonaires présentent en pareil cas.

Les infections secondaires seront traitées selon les indications. Le traitement de la broncho-pneumonie ne doit pas être négligé, bien qu'il soit le plus souvent inefficace : les stimulants, les inhalations d'oxygène, l'enveloppement du thorax dans le drap mouillé, les bains froids même (chez les tubés), ont pu rendre des services dans certains cas, et contribuer à la guérison.

La convalescence de la diphthérie devra être étroitement surveillée, d'abord en raison des accidents qui peuvent apparaître à son début; et aussi de la nécessité de favoriser la réparation des forces qui est assez souvent lente et tardive quand l'intoxication diphthérique a été un peu accentuée. Les toniques (amers, vin de Bordeaux vieux), une alimentation réparatrice et bien réglée, le séjour en plein air si la saison le permet, seront les moyens les plus utiles à employer pour obtenir ce résultat. La sensibilité au froid que conservent certains malades oblige à les vêtir chaudement, et à leur faire faire usage du linge de flanelle : l'hiver, ils doivent être chaudement vêtus et résider dans une pièce bien aérée et bien chauffée; et non dans un local clos et médiocrement aéré; c'est l'humidité et non le froid sec qu'ils devront craindre.

Les grands lavages antiseptiques de la gorge devront être continués, deux fois par jour, pendant plusieurs semaines; mais autant que possible on s'abs-

tiendra des irrigations nasales, qui exposent le malade à la pénétration du liquide dans la trompe d'Eustache, en raison de leur prédisposition aux infections secondaires et des otites moyennes qu'on pourrait craindre. On les remplacera par d'abondantes applications, dans les fosses nasales, de pommades antiseptiques, par exemple de vaseline additionnée d'essence de géranium (vaseline 50 grammes, essence de géranium rosat V gouttes).

Les lésions de *pharyngite folliculaire hypertrophique* seront traitées, s'il y a lieu, par les applications topiques. Les plus avantageuses nous semblent être celles de solutions iodo-iodurées. On pourra les employer à un titre plus élevé que pendant la diphthérie, au vingtième par exemple. Mais elles ne devront être faites que tous les deux jours, le matin à jeun après un lavage, pour donner le temps de disparaître à l'hyperémie irritative qu'elles déterminent et dont la durée est d'ailleurs très variable suivant les sujets. Le petit tampon, imprégné du topique et exprimé par pression le long du goulot du flacon pour n'en point garder en excès, devra être simplement mis au contact des granulations, des parties latérales du pharynx et des amygdales, légèrement et sans frottement. Les badigeonnages et les frictions seraient plus nuisibles qu'utiles à ce moment, et doivent être rigoureusement évités.

PROPHYLAXIE

L'efficacité du traitement sérothérapique ne doit pas faire négliger les précautions prophylactiques. La prophylaxie seule peut permettre de restreindre, de plus en plus, la fréquence de la maladie, et son importance n'est pas moindre aujourd'hui qu'autrefois.

Bien souvent, le médecin n'est appelé qu'au moment où la maladie est en pleine évolution, et si son début a été insidieux et est passé inaperçu, il peut craindre que le malade n'ait déjà contaminé tout l'appartement et contagionné son entourage. Malgré cela, avant de placer le malade dans la pièce dont il ne devra plus sortir avant la fin de sa maladie, le médecin doit, comme nous l'avons déjà dit, faire enlever de cette pièce toutes les tentures, grands rideaux, bibelots divers, tableaux, meubles recouverts en étoffes, livres, etc., et en général tous les objets susceptibles de retenir les poussières et de s'imprégner de liquides contaminés. S'il y a des enfants dans la maison, ils devront être immédiatement isolés du malade, et ne plus approcher de sa chambre sous aucun prétexte. Les linges, vêtements, objets usuels du malade qu'il a portés et dont il s'est servi depuis le début probable de la maladie devront être immédiatement envoyés à l'usine de désinfection avec les objets mobiliers enlevés de sa chambre s'il y séjournait déjà. Les adultes, et surtout les enfants qui auront été en rapport avec le malade devront être surveillés attentivement : à la moindre rougeur, au moindre engorgement des ganglions cervicaux, on devra faire l'examen bactérioscopique et se tenir prêt à pratiquer une injection de sérum si cet examen est positif : on examinera la gorge toutes les deux ou trois heures, et au moindre point blanc, ou au moindre signe de laryngite, on devra faire l'injection sans attendre le résultat de l'examen. Cette dernière recommandation s'applique surtout aux enfants de 5 ans et au-dessous, chez lesquels la diphthérie marche plus rapidement que chez les grands enfants et les adultes.