

## REVUE DE PÉDIATRIE

### Réflexions sur les Statistiques du Tubage à l'Hôpital Trousseau pendant les années 1895 et 1896

(SUITE ET FIN)

Par le docteur Valdemar DAMM, de Copenhague.

Ces faits ne peuvent nous conduire à accepter l'assertion de Martin qu'en règle générale, l'obstruction se fait petit à petit, et que, si l'entourage du malade est prévenu que la gêne respiratoire et la perception des flottements des fausses membranes dans la trachée sont des symptômes de danger, il a toujours le temps de prévenir le médecin. D'autant plus que Martin relève lui-même un cas compris dans ses 5 070 de cas graves, où l'interne était arrivé trop tard pour ranimer l'enfant.

Maintenant, il est vrai de dire, que le procédé ingénieux d'énucléation que M. Bayeux a imaginé, et qui est un procédé très facile à apprendre, peut vaincre le danger immédiat en cas d'obstruction du tube. Nous connaissons seulement un cas au pavillon Bretonneau où on ne pouvait pas faire sauter le tube au pouce.

Mais on ne doit pas croire qu'on en est toujours quitte pour cela.

Bonain dit qu'une nouvelle intervention immédiate n'est pas nécessaire après que le tube obstrué a été enlevé ; Martin est muet à ce sujet.

A priori nous étions persuadé que si la fausse membrane demi-dégradée qui obstrue l'orifice inférieur du tube n'est pas rejetée avec ou après l'énucléation du tube (ce qui est loin d'arriver toujours) elle peut occasionner une nouvelle obstruction même très rapidement après le détubage. Nous avons donc recherché parmi les malades du service et dans les observations et nous avons trouvé que 8 enfants ont dû être retubés d'urgence après l'énucléation, et, que sur 54 enfants la trachéotomie consécutive est faite à la hâte 31 fois.

On sait que O'Dwyer, pour les cas où les fausses membranes traversaient difficilement le tube ordinaire ou l'obstruaient, a construit des tubes gros et courts, qu'on ne devait pas laisser dans le larynx plus de une à trois heures de suite. On n'a pas encore essayé ces tubes à l'hôpital Trousseau.

Nous désirons nous arrêter un moment sur la trachéotomie consécutive au tubage. Est-ce souvent qu'on doit recourir à une trachéotomie au cours d'un tubage ? Les services des différents médecins donnent des résultats divers selon le tempérament du chef et des médecins du service, ainsi que M. Gillet l'a montré dans une statistique dressée parmi les américains et les allemands, laquelle donne en moyenne 17 interventions pour 100. Ranké a recueilli 1324 tubages avec 144 (11 0/0) trachéotomies secondaires, tandis que Weiderhofer a préféré faire cette opération 69 fois sur 147 tubages soit 47 0/0.

A Bretonneau on a fait l'année dernière la trachéotomie secondaire 48 fois sur 231 tubés soit 20 0/0 ; si on tient compte de 32 cas où l'on avait inutilement essayé, le tubage pour cent se trouve porté à 30.

Quelles sont les indications de la trachéotomie au cours du tubage ? Nous avons déjà montré comment la question se pose en présence des accidents qui surviennent au moment même de l'introduction du tube. Schweiger et Escherich considèrent comme des indications l'asphyxie subite et le croup descendants,