

indiquée, parce qu'au lieu de ralentir les mouvements respiratoires, elle pourrait les précipiter.

ASPHYXIES

Bien que les causes de l'asphyxie soient nombreuses, elles peuvent être fort réduites si l'on n'envisage que leur mode d'action, et l'on peut admettre seulement deux classes d'asphyxie :

Les asphyxies de cause mécanique ;
Les asphyxies de cause toxique.

Les asphyxies de cause mécanique sont déterminées par un obstacle à l'arrivée de l'air dans les alvéoles, cet obstacle pouvant siéger sur l'une quelconque des parties constituantes de l'appareil respiratoire, ou bien siéger au voisinage de ces parties et agir par compression, ou bien encore se trouver dans le milieu extérieur (asphyxie par submersion, etc.).

L'asphyxie toxique peut elle-même reconnaître une cause interne (asphyxie dans les maladies infectieuses ou les auto-intoxications), ou externe (asphyxie par les gaz délétères), soit que le globule sanguin ne puisse plus fixer l'oxygène (asphyxie par l'oxyde de carbone), soit qu'il ne trouve dans le milieu extérieur que des éléments insuffisants ou viciés.

La mort apparente n'est que l'expression symptomatique de l'asphyxie portée à son plus haut degré.

Le médecin, appelé auprès d'un asphyxié, ne doit pas perdre de vue qu'il n'est jamais trop tard pour agir et qu'une intervention énergique et prolongée peut rappeler à la vie des individus en état de mort apparente depuis plusieurs heures.

Tout d'abord il doit s'enquérir des causes de l'asphyxie, rechercher si un examen rapide ne lui révélera pas cette cause et ne lui permettra pas d'y remédier ; mais si la mort paraît imminente, il doit parer au plus pressé et, quelle que soit la cause de l'asphyxie, mettre en œuvre les moyens d'urgence propres à ranimer le malade, c'est-à-dire exciter de diverses façons les centres bulbaires respiratoires.

I. — Traitement causal.

Au point de vue clinique, on peut distinguer les asphyxies en asphyxies de cause médicale et de cause accidentelle. Il est facile, dans l'immense majorité des cas, de reconnaître en un instant à quelle variété d'asphyxie on a affaire. Les renseignements recueillis auprès de l'entourage, l'inspection du visage, du cou, de la cavité buccale permettent aisément de constater si le malade présente ou non des traces de strangulation, des signes indiquant la submersion. Chez l'enfant, on songera toujours aux corps étrangers avalés par mégarde et l'on ne négligera pas de porter le doigt jusqu'au larynx.

On doit toujours songer à l'intoxication par l'oxyde de carbone, alors même qu'il n'existe pas de poêle mobile dans la chambre ou l'appartement du malade ; on sait, en effet, que des émanations de ce gaz, provenant d'appartements voisins, peuvent provoquer l'asphyxie. On ne négligera donc pas de rechercher cette cause quand il s'agira d'un individu frappé subitement d'asphyxie, pendant la nuit, au cours d'une santé parfaite ; le diagnostic s'imposera

quand le malade aura été pris d'asphyxie dans une voiture de place chauffée par des briquettes.

L'asphyxie par le gaz d'éclairage se décèle facilement par l'odeur caractéristique du gaz.

Si un accident, un suicide ou une tentative criminelle ne paraissent pas devoir être incriminés, on doit procéder méthodiquement à la recherche de la cause « médicale », déterminer le siège et la nature de l'obstacle à l'arrivée de l'air dans les poumons.

L'examen de la région cervicale s'impose tout d'abord. Souvent c'est un goitre qui est l'agent de l'asphyxie et réclame la trachéotomie immédiate, plus rarement un phlegmon profond du cou ou bien l'emphysème interstitiel. Dans d'autres circonstances, la constatation d'un chapelet ganglionnaire volumineux au niveau de cette région indique que le malade est atteint d'adénie et que l'asphyxie est due à la compression de la trachée ou des bronches par les ganglions hypertrophiés de la chaîne trachéo-bronchique.

On doit ensuite rechercher si l'obstacle à l'arrivée de l'air ne siège pas dans la bouche ou dans le pharynx ; il n'est pas toujours aisé d'ouvrir la bouche, en raison de l'état de contracture des mâchoires ; lorsqu'on aura vaincu la résistance des masséters, un examen rapide permettra de constater s'il existe ou non un phlegmon rétro-pharyngien ou du plancher de la bouche, un cancer de la base de la langue, une glossite, etc. ; chez les jeunes enfants on songera particulièrement au phlegmon rétro-pharyngien. L'examen de la bouche permet encore de constater s'il existe ou non des fausses membranes diphtéritiques ; leur présence au niveau des amygdales, du voile du palais, est un indice que l'asphyxie est due à l'envahissement du larynx par des fausses membranes de même nature, c'est-à-dire du croup.

La bouche est-elle libre, on peut porter le doigt au niveau de l'orifice du larynx et se rendre compte souvent de l'existence d'un obstacle laryngé ; on peut ainsi reconnaître une saillie polypeuse tuberculeuse, un cancer, etc.

Mais souvent aussi il s'agit d'une lésion syphilitique, d'une paralysie, affections que le laryngoscope seul peut révéler quand l'exploration digitale ne donne pas de renseignements positifs ; d'ailleurs, en pareil cas, c'est moins la nature de l'obstacle que son siège qu'il importe de déterminer ; or, les signes communs à toute sténose laryngée sont : le tirage sus-sternal, la voix dysphonique, l'abaissement en masse du larynx à l'inspiration, etc. S'agit-il d'un jeune enfant, on incriminera surtout le spasme de la glotte, soit idiopathique, soit secondaire à la rougeole, à la coqueluche, ou bien la laryngite striduleuse dont le début subit, au milieu de la nuit, indique suffisamment la nature. S'agit-il d'un adulte, atteint d'une maladie fébrile, on songera au laryngo-typhus, à l'œdème de la glotte scarlatineux ou érysipélateux, etc., à supposer qu'on ne l'ait pas suivi depuis le début de sa fièvre.

Dans tous ces cas, on met fin à l'asphyxie par la trachéotomie immédiate. L'obstacle n'est pas laryngé : on peut incriminer une tumeur du médiastin, cancer, adénopathie trachéo-bronchique, anévrisme de l'aorte, toutes maladies à évolution chronique et qui se sont déjà traduites par des signes révélateurs. Ici toute thérapeutique est impuissante.

Enfin l'obstacle peut être pulmonaire, ainsi que l'indique l'auscultation. Il