

peut s'agir d'un **cancer du poumon**, comme l'indique l'âge du sujet, l'évolution de la maladie, l'existence des ganglions sus-claviculaires, etc. ; dans ce cas on est également désarmé. Tout au plus, pourra-t-on procurer un soulagement momentané, en évacuant les épanchements pleuraux qui accompagnent si souvent le cancer et contribuent à produire l'asphyxie. Une cause d'asphyxie plus obscure est le **kyste hydatique** ; fort heureusement la nature se charge souvent d'y remédier par le moyen d'une vomique qui fait disparaître l'asphyxie menaçante ; non moins difficile est le diagnostic de l'asphyxie déterminée par la **syphilis pulmonaire** ; cependant, il est d'une importance capitale de reconnaître la syphilis, car le traitement spécifique administré à temps peut parfois conjurer les accidents menaçants.

Ces causes sont rares, relativement à celles qui résultent de l'existence d'une infection aiguë du poumon, telle que **pneumonie** ou **broncho-pneumonie**. Ici le danger réside dans l'oblitération des bronchioles par les exsudats, le malade étant impuissant à les rejeter au dehors, en raison de son âge, de son état de faiblesse, etc. Rappelons que si la médication expectorante n'est d'aucune utilité en pareil cas, il n'en est pas de même de la **baignation** qui, par la stimulation générale qu'elle détermine, peut favoriser l'évacuation des mucosités et mettre un terme à l'asphyxie. Dans certain cas, chez les sujets jeunes et pléthoriques, une **saignée** peut triompher des accidents asphyxiques qui menacent la vie d'un pneumonique.

Dans l'asphyxie progressive des **affections du cœur et des reins**, la médication cardiaque, d'abord efficace, finit par devenir impuissante.

Chez les artério-scléreux et les brightiques, l'asphyxie ne procède pas par étapes progressives ; elle peut constituer un péril inopiné et subit, par le fait d'un **œdème aigu du poumon**, qui peut nécessiter également une saignée d'urgence, sans parler des autres moyens plus lents à intervenir, tels que les drastiques, les diurétiques, etc.

Une dernière cause d'asphyxie est celle qui réside dans les affections du système nerveux central ou du pneumogastrique. On sait que chez les diphtériques, les alcooliques, etc., la **névrite du pneumogastrique** peut entraîner des accidents asphyxiques mortels ; on sait d'autre part que les malades atteints de **paralysie labio-glosso-laryngée** peuvent également succomber à l'asphyxie déterminée par la paralysie des muscles de Reissessen ; on sait enfin que dans la **myélite cervicale** la mort survient habituellement quand la région d'où émanent les racines du phrénique est intéressée.

II. — Traitement symptomatique.

Nous avons brièvement énuméré les principales causes médicales d'asphyxie, et il est facile d'en conclure que s'il est parfois possible d'y remédier, le médecin se trouve désarmé dans nombre de cas ; aussi n'insisterons-nous pas davantage et aborderons-nous maintenant l'étude thérapeutique des asphyxies où le traitement du symptôme acquiert une importance capitale, c'est-à-dire des asphyxies accidentelles, par **chloroformisation**, par **submersion**, par **viciation de l'air**, et de la **mort apparente du nouveau-né**. D'ailleurs ce traitement symptomatique peut être efficace dans les cas énumérés précédemment. Supposons qu'un enfant atteint d'hypercoqueluche soit en état

de mort apparente, à la suite de quintes multipliées : il est évident que la nécessité de le ranimer prime toutes les autres indications.

On sait que les accidents du chloroforme sont dus, soit à la syncope cardiaque, soit à la syncope respiratoire. La première, le plus souvent mortelle, peut se produire à toutes les périodes de l'anesthésie chloroformique, mais principalement au début. Le sujet devient d'une pâleur livide et brusquement le cœur s'arrête ; cette syncope survient habituellement à la suite de l'administration d'une quantité immodérée de chloroforme, mais elle peut aussi survenir dès les premières inhalations du chloroforme, chez des sujets atteints d'artério-sclérose, de mal de Bright, de cardiopathie ou même chez des sujets parfaitement sains, sans qu'on en puisse donner une explication satisfaisante.

Moins grave est la syncope respiratoire qui se produit à une période plus avancée de la narcose et s'annonce par la congestion du visage, la diminution rapide de l'amplitude des mouvements respiratoires, etc.

Ces signes prémonitoires permettent parfois de la prévenir ; il suffit pour cela de suspendre l'anesthésie, d'attirer la langue au dehors, de faire quelques flagellations sur le visage et de frictionner la partie inférieure du thorax, pour remettre en jeu par voie réflexe les mouvements respiratoires. Le sujet peut encore être souvent rappelé à la vie, alors même que les mouvements respiratoires ont complètement cessé depuis quelques minutes ; sans perdre un instant, il faut alors employer la respiration artificielle.

Dans la submersion, la mort peut survenir presque instantanément, dès l'immersion dans l'eau, sans doute par suite de l'irritation des nerfs de la trachée, du larynx, du cou, des narines, cette excitation étant le point de départ d'un réflexe inhibitoire transmis au bulbe par des filets nerveux de la cinquième paire ; c'est du moins ce que tendent à prouver les nombreuses expériences poursuivies par Brown-Séguard (1880 et années suivantes) sur les animaux.

Roger (*Archives de Physiologie*, 1894) a montré de son côté que le simple contact de l'eau à 8 degrés avec la partie antérieure de la tête, l'animal pouvant respirer par un tube trachéal, produit le réflexe inhibitoire, mais que l'immersion du corps dans un bain froid, la tête hors du liquide, détermine aussitôt chez le cobaye un arrêt respiratoire qui dure onze secondes.

A vrai dire, chez le noyé, l'inhibition est une circonstance relativement favorable, en supprimant le besoin de respirer ; car, dans ces conditions, le sujet n'introduit pas d'eau dans son arbre aérien et son séjour dans l'eau peut se prolonger assez longtemps sans que la mort s'ensuive.

Si le sujet respire, l'eau pénètre jusque dans les alvéoles et forme avec l'air cette spume blanche qui remplit les fines ramifications bronchiques et entrave l'hématose, alors même que le sujet est retiré de l'eau et soumis à la respiration artificielle.

En présence d'un noyé, il est le plus souvent impossible de décider si la mort n'est qu'apparente ou non ; sans doute la persistance d'une certaine sensibilité cornéenne, le myosis, la constriction des maxillaires sont des indices précieux de la survie, mais, même en l'absence de ces signes, il ne faut pas désespérer, ni rester les bras croisés.

La mort apparente du nouveau-né est un incident fréquent qui peut se présenter sous deux aspects différents : tantôt l'enfant est violet, a les yeux saillants et injectés, les lèvres d'un bleu foncé ; tous les vaisseaux sont gorgés de sang, les battements du cœur sont nettement perceptibles et le pronostic est relativement bénin ; c'est l'état d'asphyxie proprement dite. Tantôt il est d'une pâleur cadavérique, les mâchoires sont pendantes, on ne perçoit les battements qu'avec difficulté ; le pronostic est grave ; c'est la syncope cardiaque.

Bien que différents d'aspect, ces états sont dus aux mêmes causes : circulaires du cordon autour du cou, compression du cordon entre la partie fœtale et les parois du bassin, lésions diverses du placenta (décollement prématuré, insertion vicieuse, etc.),