

inertie utérine amenant une longueur exagérée du travail, ou bien au contraire, rétraction utérine (à la suite d'administration intempestive de seigle ergoté), déglutition de mucosités pendant le travail, hémorragie par déchirure du cordon ou du placenta, enfin lésions diverses des centres nerveux (par rétrécissement du bassin, application du forceps). L'enfant ne peut être rappelé à la vie que quand la mort apparente est produite par des lésions placentaires ou pulmonaires.

Trois modes de traitement sont applicables aux asphyxies des individus anesthésiés, des noyés et des nouveau-nés; ce sont : la respiration artificielle, l'insufflation, les tractions rythmées de la langue.

Il existe encore d'autres moyens susceptibles de ranimer les asphyxiés, quand l'asphyxie est peu prononcée; ce sont : les *flagellations cutanées*, les *frictions exercées au niveau des attaches du diaphragme et de la région précordiale*, les *aspersions d'eau froide*, les *bains chauds sinapisés à 40 degrés* (chez le nouveau-né), enfin *l'électrisation du phrénique* par les courants faradiques. On place une électrode sur le scalène droit et l'autre au niveau du sixième espace intercostal droit où se fixent les attaches intercostales du diaphragme; le principal inconvénient de l'électrisation, c'est qu'elle ne peut être employée que dans un petit nombre de cas, car on a rarement à sa disposition une pile, sauf dans les salles d'hôpital.

Quand on emploie les bains chauds chez l'enfant, on plonge celui-ci pendant une demi-minute environ dans la baignoire, puis on l'immerge aussitôt après dans l'eau froide et ainsi de suite alternativement; mais on ne doit s'attarder à ce procédé que quand l'enfant est peu asphyxié, quand il est simplement « étonné ».

Avant d'avoir recours aux trois moyens de traitement que nous avons énumérés plus haut et qu'il faut utiliser immédiatement, dans les cas graves, il importe de donner au sujet certains soins préliminaires, c'est-à-dire de le débarrasser de ses vêtements, le réchauffer à l'aide de linges chauds, de boules d'eau chaude; s'il s'agit d'un noyé, il faut débarrasser la bouche des mucosités qui l'obstruent à l'aide d'une barbe de plume ou du doigt enveloppé d'un linge. Il faut agir de même chez le nouveau-né.

La *respiration artificielle* comprend plusieurs procédés : ceux de Marshall-Hall, de Sylvester, de Pacini, d'Howard, etc. Les plus pratiques sont ceux de Sylvester et de Pacini.

a) Procédé de Sylvester (1859). — Le sujet est placé sur une table, couché sur le dos, les épaules soulevées par un coussin; la langue doit être attirée à l'aide d'une pince de façon à ce que l'air pénètre facilement dans les voies respiratoires. Le médecin se place du côté de la tête; il saisit les bras, les porte en haut et en avant, de façon à tendre les pectoraux et les intercostaux. Il maintient les bras dans cette position pendant deux secondes, puis les ramène sur les côtés du thorax et exerce alors par leur intermédiaire une pression douce sur le thorax, pendant deux autres secondes. Ces mouvements doivent être répétés 15 fois par minute environ.

b) Procédé de Pacini (1867). — Ce procédé, d'après des expériences faites à Londres, permettrait d'introduire dans la poitrine une quantité d'air supérieure à celle donnée par la méthode de Sylvester :

« L'asphyxié est étendu sur un plan légèrement incliné; la bouche ouverte est débarrassée des corps étrangers qu'elle pourrait contenir, le thorax et le bas-ventre sont libres de toute entrave, et la tête est maintenue dans la direction ordinaire du tronc; l'opérateur se plaçant derrière celle-ci, saisit fortement la partie supérieure des deux bras près du moignon des épaules, plaçant le pouce en avant sur le bord de l'épaule et les quatre autres doigts en arrière, et alors attire à lui et soulève en même temps le moignon des épaules, cherchant à se servir de l'articulation de la clavicule avec le sternum pour élever cet os en même temps que les côtes correspondantes. Il est facile de comprendre qu'à l'aide de ce mouvement on augmente les trois diamètres du thorax, quoique le diaphragme n'y participe que passivement, restant immobile. En effet, on entend aussitôt l'air qui pénètre bruyamment dans les poumons par le larynx en produisant l'inspiration; on cesse alors l'action inspiratoire et on attend que l'élasticité des côtes produise l'expiration, ce qui arrive naturellement.

« On répète alternativement ces mouvements avec le rythme ordinaire de la respiration ou avec un rythme plus rapide lorsqu'on le croira opportun. » (*Archives de médecine navale*, 1875, p. 505.)

L'insufflation peut se faire de bouche à bouche ou à l'aide d'un instrument, le tube laryngien.

Dans le premier cas, après avoir étendu l'enfant sur un plan horizontal et débarrassé sa bouche des mucosités qui l'obstruent, le médecin applique sa bouche directement sur celle de l'enfant, en obturant avec les doigts les narines, pour que l'air insufflé ne reflue pas vers le nez.

Ce procédé encourt certains reproches, d'abord celui d'être quelque peu répugnant et surtout d'exposer l'accoucheur à contracter la syphilis. Il pourrait même être dangereux pour l'enfant; Hubert Reick a noté l'observation d'une sage-femme atteinte de phtisie très avancée, qui en treize mois aurait contaminé douze enfants, tous morts de tuberculose pulmonaire ou méningée. D'autre part, ce procédé peut donner un résultat opposé à celui que l'on cherche, en refoulant des bouchons muqueux dans la trachée et dans les bronches; enfin on l'accuse de faire pénétrer dans les poumons un air ayant servi aux échanges respiratoires dans les poumons de l'opérateur, c'est-à-dire un air pauvre en oxygène et chargé d'acide carbonique.

L'insufflation à l'aide du tube permet d'éviter le refoulement des mucosités dans les bronches, d'introduire un air pur, et constitue par suite un moyen bien préférable à l'insufflation de bouche à bouche. Le tube de Ribemont, dont on se sert aujourd'hui et dont la description se trouve dans tous les traités d'obstétrique, permet d'aspirer les mucosités contenues dans l'appareil respiratoire par l'aspiration que produit la poire de l'instrument quand on cesse de la comprimer.

Le temps le plus délicat de l'opération est la recherche de l'orifice du larynx; cet orifice une fois trouvé, le tube est conduit sur le doigt qui lui sert de guide et qui a été maintenu en place, et on le fait pénétrer dans le larynx de 2 centimètres environ. On insuffle alors une certaine quantité d'air, puis on écarte de la bouche l'extrémité libre du tube, de manière à permettre l'expiration. Si le tube est encombré de liquide, on l'enlève pour le nettoyer et on le replace ensuite.