La respiration artificielle

Autor(en): **[s.n.]**

Objekttyp: **Article**

Zeitschrift: **La Croix-Rouge suisse : revue mensuelle des Samaritains suisses : soins des malades et hygiène populaire**

Band (Jahr): **31 (1923)**

Heft 12

PDF erstellt am: **26.05.2024**

Persistenter Link: https://doi.org/10.5169/seals-682964

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Inhalten der Zeitschriften. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern.
Die auf der Plattform e-periodica veröffentlichten Dokumente stehen für nicht-kommerzielle Zwecke in Lehre und Forschung sowie für die private Nutzung frei zur Verfügung. Einzelne Dateien oder Ausdrucke aus diesem Angebot können zusammen mit diesen Nutzungsbedingungen und den korrekten Herkunftsbezeichnungen weitergegeben werden.
Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. Die systematische Speicherung von Teilen des elektronischen Angebots auf anderen Servern bedarf ebenfalls des schriftlichen Einverständnisses der Rechteinhaber.

Haftungsausschluss

Alle Angaben erfolgen ohne Gewähr für Vollständigkeit oder Richtigkeit. Es wird keine Haftung übernommen für Schäden durch die Verwendung von Informationen aus diesem Online-Angebot oder durch das Fehlen von Informationen. Dies gilt auch für Inhalte Dritter, die über dieses Angebot zugänglich sind.

Ein Dienst der *ETH-Bibliothek*
ETH Zürich, Rämistrasse 101, 8092 Zürich, Schweiz, www.library.ethz.ch

http://www.e-periodica.ch

publiée récemment. Dans les tractations qui sont en cours, le rôle de la Croix-Rouge suisse ne peut être que de soutenir le Comité international de Genève qui doit garder la place prépondérante qu'il s'est acquise depuis 50 ans.

La respiration artificielle

Dans un très intéressant article paru dans les n°s 18 à 21 du *Rote Kreuz*, le Dr Scherz, adjoint au Secrétariat général de la Croix-Rouge suisse à Berne, expose en détail les différentes méthodes employées pour pratiquer la respiration artificielle sur des personnes en état de mort apparente. Il les soumet aussi à une critique serrée.

Nous extrayons de ce travail si complet les renseignements qui suivent.

La respiration artificielle est trop peu exercée dans les cours de samaritains, elle est dès lors fréquemment mal faite, parce qu'elle est insuffisamment connue des samaritains. Cette constatation est d'autant plus fâcheuse que dans notre pays de lacs et de cours d'eau, dans nos régions sillonnées de courants électriques à haute tension, les accidents qui nécessitent des interventions de respiration artificielle sont plus fréquents. Or, ce qui importe surtout dans des accidents de cette nature, c'est une intervention rationnelle aussi rapide que possible, de façon à remplacer la respiration normale momentanément abolie chez les sinistrés par une respiration artificielle réellement utile.

Bien souvent un samaritain sera plus rapidement sur le lieu du sinistre qu'un médecin, aussi est-il de toute importance que chaque samaritain, chaque samaritaine, sache pratiquer ou faire pratiquer les mouvements respiratoires, sans attendre le médecin ou d'autres sauveteurs, mais immédiatement, car *les secondes même sont précieuses à la suite d'accidents de ce genre.*

On pratiquera les manœuvres de respiration à l'endroit même de l'accident, sans transport préalable du sinistré, mais peut-être en déplaçant son corps de quelques mètres seulement, si cela paraît absolument nécessaire. Rapidement on procède aux

Mesures préliminaires.

1. *Libérer les voies respiratoires* de tout ce qui pourrait empêcher l'air de pénétrer librement dans les poumons; soit: éliminer la vase, le sable, l'eau, les dentiers ou les aliments qui pourraient obstruer l'arrière-gorge; couper la corde à un pendu; empêcher la langue de boucher les voies respiratoires si elle retombe dans le pharynx, etc.

2. *Dégrafer les vêtements,* soit au cou, faux-col et encolure de la chemise; sur le thorax, ouvrir le veston et le gilet, défaire un corset; au niveau du ventre, libérer les ceintures, les bretelles, les pantalons serrés à la taille. Il est intéressant de constater qu'une société d'assurance anglaise donne à ce sujet l'avis suivant: « Les mouvements de respiration artificielle doivent être pratiqués dès l'instant où un corps a été retiré de l'eau, même sans attendre que les vêtements aient été défaits ou le haut du corps mis à nu. » D'autre part il n'est pas indiqué de déshabiller les sinistrés dont la chaleur du corps est déjà diminuée du fait de leur séjour dans l'eau ou à une basse température de l'air. Il faut au contraire maintenir le corps au chaud, c'est-à-dire ne pas le dévêtir complètement.

3. *Veiller à ce que les mouvements de la cage thoracique puissent se faire aussi librement que possible,* dès lors ouvrir les vêtements, libérer tout ce qui pourrait comprimer le thorax, sans pour cela le découvrir complètement.

La raideur des tissus chez des sinistrés saisis par le froid, victimes de la fatigue et du froid à l'altitude ou pendant l'hiver, oblige parfois à retarder l'exécution des mouvements de respiration artificielle. On fera alors des frictions préalables avec de la neige ou avec la main sèche.

4. *Examiner s'il n'y a pas de grosses lésions corporelles* intéressant les organes de la respiratien, telles que fractures de côtes, grandes plaies, etc.

5. *Placer le sinistré à l'air pur,* c'est-à-dire qu'il faut le sortir de tout local contenant un air empoisonné, chargé de gaz nuisibles qui sont peut-être la cause de son état asphyctique.

* * *

Et maintenant, la respiration artificielle.

Quelle méthode faut-il employer? Laquelle paraît donner les résultats les plus favorables et comporter le moins de risques?

Trois manières de procéder sont exactement décrites par le Dr Scherz:

a) La méthode du Dr Silvester, décrite par ce médecin anglais en 1858 et qui consiste à faire exécuter des mouvements aux bras du sinistré couché sur le dos. Par ces mouvements (qui sont connus de nos samaritains et qui sont reproduits sur la plupart des affiches dans les centrales d'électricité) on tend à faire exécuter un élargissement puis un aplatissement au thorax dans le but d'y faire entrer et sortir un peu d'air, 12 à 15 fois par minute.

b) La méthode de l'Américain Howard (1871) qui étend aussi le sinistré sur le dos. Mais au lieu de faire exécuter des mouvements d'inspiration et d'expiration par la traction aux bras, Howard agit directement sur la cage thoracique. Le sauveteur se place à califourchon (étant lui-même à genoux) sur le corps de l'asphyxié et comprime la partie inférieure du thorax en s'appuyant de ses deux mains sur cette partie du corps du sinistré: c'est le temps de l'expiration. Il se relève ensuite; c'est la décompression qui entraîne — par l'élasticité naturelle des tissus — l'inspiration.

c) Mais la méthode de choix que — sans doute avec raison — le Dr Scherz voudrait voir enseignée dans tous les cours de samaritains, est celle du professeur Schæfer, d'Edimbourg.

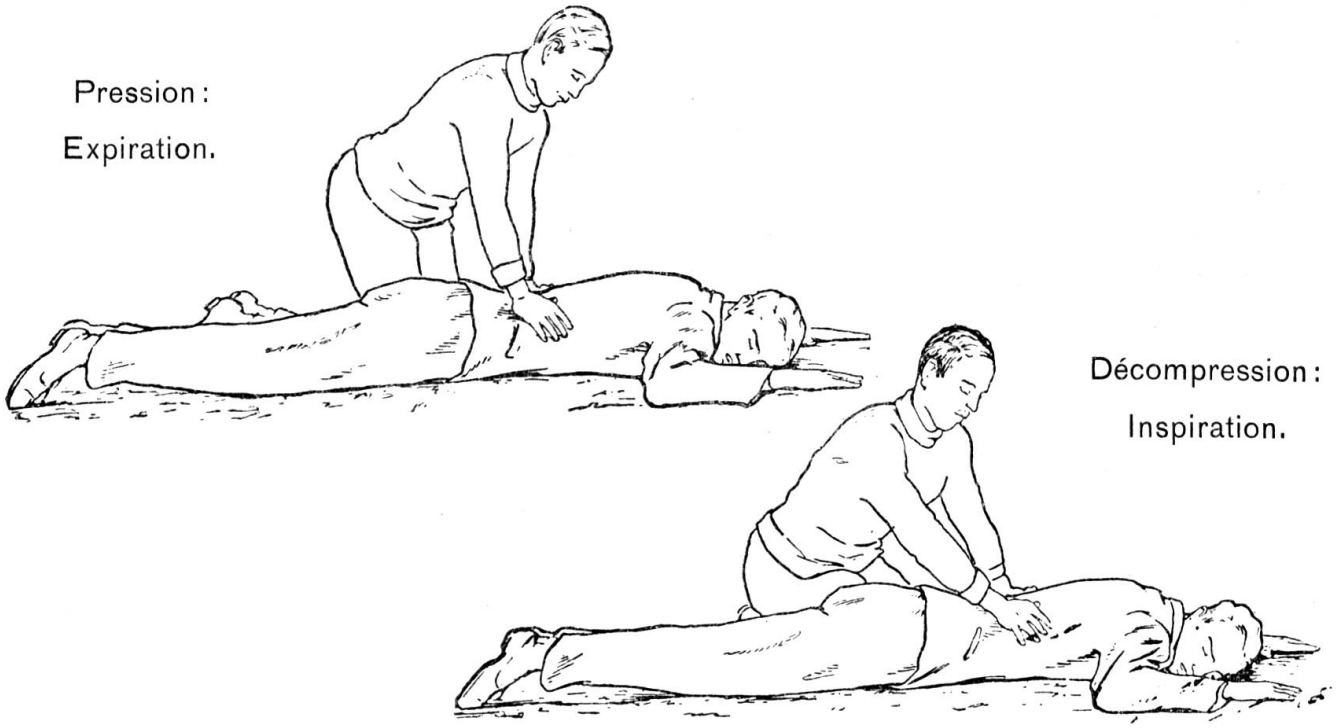
Respiration artificielle selon Schæfer.

Le patient est étendu *sur le ventre.* Ses bras reposent sur le sol. Sa tête est inclinée sur un côté de manière à placer en position déclive mais à l'air libre, le nez et la bouche (voir la figure).

Le sauveteur s'agenouille à côté du sinistré, au niveau de ses hanches (il peut aussi se placer à califourchon sur le patient). Il appuie ses mains à plat sur le bas de la cage thoracique, au niveau des fausses-côtes, de manière à ce que ses pouces se rejoignent presque sur la colonne vertébrale. Faisant alors incliner tout son corps en avant, il s'appuie de ses deux bras étendus sur le sinistré et opère ainsi une courte pression sur la partie inférieure du thorax dont il fait sortir l'air: c'est le temps d'expiration. Il compte lentement 1, 2, 3, puis, balançant son corps en arrière (flexion dans les genoux), il s'assied sur ses talons sans que ses mains quittent le dos du patient; en ce faisant, il opère une décompression: c'est le temps de l'inspiration. Il compte 1, 2, puis reprend la position appuyée.

Chacun de ces mouvements se fait environ 12 fois par minute.

Rendons-nous bien compte de l'effet produit par les mouvements du sauveteur: au moment de la pression, l'abdomen et la base du thorax sont comprimés, les intestins appuient sur le diaphragme qui est poussé contre les poumons, ce qui provoque l'expulsion de l'air. Dans le second temps, l'opérateur diminue puis abolit cette compression et par suite de l'élasticité naturelle du thorax, ce dernier reprend sa position normale, c'est-à-dire qu'il s'élargit et que les poumons font un mouvement d'inspiration.



Les avantages de cette méthode sont évidents: la langue ne court aucun risque de s'effondrer dans le gosier et d'obstruer ainsi les voies respiratoires; elle pend du côté du sol, il n'est pas nécessaire de s'occuper d'elle. Les liquides contenus dans la bouche, dans le nez ou le larynx, trouvent un écoulement naturel; il est donc inutile de fixer la langue et de placer un coussin sous le patient. En outre il n'y a aucun danger que — par des pressions trop vigoureuses — le sauveteur ne provoque des fractures de côtes ou des lésions des organes abdominaux (rupture du foie par exemple!). Enfin, la méthode peut être appliquée sans délai, elle est facile à apprendre et peut être considérée comme moins fatigante que les autres.

Introduite par Schæfer en 1904, cette manière de procéder s'est rapidement acclimatée en Angleterre et en Amérique, où elle a remplacé les autres méthodes. Elle est encore peu connue et peu employée chez nous, bien qu'elle soit plus simple et qu'elle donne des résultats tout aussi satisfaisants que les autres manœuvres compliquées, enseignées jusqu'ici. Il est temps, dit le Dr Scherz, d'adopter une méthode uniforme à l'usage de nos cours de samaritains en Suisse; cela est pour le moins aussi nécessaire que l'uniformité dans l'enseignement des pansements, car la pratique de la respiration artificielle est une question vitale, tandis que les blessures et les pansements qu'elles nécessitent mettent rarement la vie du patient en danger immédiat.

Un mot encore: Pendant combien de temps faut-il pratiquer la respiration artificielle (dont les mouvements, en cas de fatigue du sauveteur, peuvent être remplacés par les tractions rythmées de la langue)?

La réponse à cette question délicate doit être: Aussi longtemps que le sinistré ne respire pas par lui-même, ou bien jusqu'à ce que des signes caractéristiques de mort apparaissent. Si l'asphyxié respire spontanément, s'il revient à lui, on surveillera de près son réveil à la vie, tout en restant prêt à intervenir de nouveau au moindre signe de défaillance; si, au contraire, le médecin appelé constate des signes évidents de mort, toute manœuvre sera naturellement interrompue. En cas douteux, certaines compagnies d'assurance demandent que les mouvements rythmiques soient exécutés pendant au moins quatre heures.

Nous voudrions rappeler ici que lorsque la respiration artificielle est pratiquée avec succès, on peut parfois le remarquer à la physionomie du sinistré: la couleur du visage redevient plus naturelle, plus rosée, les traits sont moins grippés. Enfin, un léger râle — ou peut-être une inspiration profonde — décèle le retour à la vie. Il ne faut alors suspendre les mouvements artificiels que lorsqu'une respiration automatique tout à fait normale peut être nettement observée.

A ce moment, la tâche du samaritain n'est cependant pas encore terminée. Il devra soigneusement couvrir son malade, le tenir au chaud, le faire placer — si possible — dans un lit avec des bouillottes; il veillera à ce que le patient respire un bon air (fenêtres ouvertes!), puis le laissera reposer et dormir longtemps. Pendant ce sommeil, une surveillance discrète sera exercée, car le patient peut être agité, ou déprimé, ou encore peut-il avoir des nausées et des frissons. Quand il sera complètement revenu à lui, administrez une boisson chaude, thé ou café noir.

Le Dr Scherz, que nous avons cherché à résumer dans cet article, termine son intéressant exposé par ce désir: « Avant tout, nous aimerions voir les médecins dirigeant des cours de samaritains, se familiariser avec la méthode de Schæfer, et faire exercer uniquement cette méthode. Ils se rendront bien vite compte de ses avantages et c'est ainsi que l'enseignement de la respiration artificielle prendra la place que sa grande importance lui assigne, ce qui fera faire un grand pas à l'unité d'instruction si nécessaire aux samaritains.»

Aux sections de l'Alliance suisse des samaritains

Olten, en novembre 1923.

Chers amis samaritains!

Dès le 1er janvier 1924, les périodiques édités par la Croix-Rouge suisse subissent une transformation complète.

Les journaux DAS ROTE KREUZ et LA CROIX-ROUGE SUISSE, qui étaient publiés séparément, fusionnent en un seul journal bilingue. Les BLÄTTER FÜR KRANKENPFLEGE seront édités en deux langues aussi et continuent à paraître chaque mois.