

Premiers soins à donner aux électrocutés

Autor(en): **Pometta**

Objektyp: **Article**

Zeitschrift: **Das Rote Kreuz : offizielles Organ des Schweizerischen Centralvereins vom Roten Kreuz, des Schweiz. Militärsanitätsvereins und des Samariterbundes**

Band (Jahr): **39 (1931)**

Heft 11

PDF erstellt am: **28.06.2024**

Persistenter Link: <https://doi.org/10.5169/seals-547665>

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.

Premiers soins à donner aux électrocutés.

Par le D^r Pometta.

Dans la majorité des cas, les électrocutés ne reçoivent pas en temps utile les secours opportuns, pour la raison qu'au milieu de la confusion générale qui suit l'accident, les mesures les plus indispensables sont omises.

En 1928 se réunissait en Suisse une commission, composée de médecins et d'ingénieurs, ayant mission d'étudier toutes les questions relatives aux accidents causés par les décharges électriques. Bien que les travaux de cette assemblée ne soient pas encore terminés, la fréquence des électrocutions nous encourage à donner ici au médecin des directives.

D'abord, même dans les cas en apparence désespérés, on doit tout mettre en œuvre pour ranimer la victime: de nombreux exemples montrent, en effet, qu'on a toujours une chance de succès, quelque défavorable que paraisse la situation.

La première mesure à prendre est d'éloigner la victime de la zone dangereuse, afin de la mettre, ainsi que l'entourage, à l'abri de tout danger ultérieur.

Cette précaution prise, on s'empresse de débarrasser le patient de tout ce qui pourrait gêner la respiration, comme les dentiers par exemple.

On découvre ensuite la partie supérieure du corps en coupant au besoin les vêtements pour gagner du temps et l'on pratique aussitôt la respiration artificielle.

Les réflexes sont provoqués au moyen d'aspersions d'eau froide et de massages des extrémités et de la région du cœur. On injecte par la voie sous-cutanée des cardio-toniques et des excitants de la respiration (Lobéline). Le refroidissement est combattu par tous les moyens possibles.

La personne qui va chercher le médecin doit le mettre au courant de la situation,

afin qu'il puisse se munir des moyens thérapeutiques nécessaires.

L'arrivée du médecin ne doit pas interrompre les manœuvres de sauvetage déjà commencées: elles seront au contraire continuées, avec les modifications indiquées par le praticien, s'il y a lieu. La respiration artificielle ne sera donc arrêtée sous aucun prétexte.

Si les premiers sauveteurs n'ont pas pratiqué d'injections, le médecin s'empressera d'administrer par la voie sous-cutanée des cardio-toniques et des excitants de la respiration. Les injections ne seront jamais omises, quel que soit le temps écoulé depuis l'accident.

Ce n'est qu'ensuite (et en évitant d'interrompre la respiration artificielle, si ce n'est pour quelques secondes au maximum) que le médecin s'efforcera d'établir un diagnostic exact et de savoir s'il doit procéder à une injection intra-veineuse ou intra-cardiaque. Même au cours de cette intervention on n'interrompra pas les manœuvres respiratoires sauf pendant les quelques instants indispensables à l'injection.

Parmi les nombreuses méthodes préconisées pour la respiration artificielle, celle de *Silvester* nous paraît la meilleure, mais ce qui importe plus que le choix d'une méthode, c'est la façon correcte de l'appliquer.

La respiration artificielle manuelle doit être préférée. Les appareils spéciaux comme l'*Inhabad* et le *Pulmotor* peuvent rendre des services lorsque le personnel est fatigué.

L'inhalation forcée d'acide carbonique a été recommandée.

Stern (M. m. W., 1929, 43) préconise à cet effet l'emploi du siphon d'eau de

Seltz, que l'on vide à moitié et que l'on retourne ensuite le col en bas de façon que le tube de verre intérieur se trouve plongé dans une atmosphère d'acide carbonique. On fixe solidement au tuyau métallique du siphon un tube de caoutchouc, dont l'autre extrémité sera introduite dans l'une des narines du malade, l'autre narine étant maintenue fermée. En appuyant sur la détente du siphon on donne issue au gaz carbonique, avoir soin tout d'abord de purger le tube de caoutchouc de la petite quantité d'eau qu'il peut contenir.

Il est malheureusement fréquent que l'on renonce trop tôt aux manœuvres de respiration artificielle. D'après notre expérience, celles-ci doivent être continuées pendant 4 ou 5 heures au minimum, à moins qu'il existe d'autres lésions mortelles (fracture du crâne, brûlures graves, etc.).

Rien ne justifie une interruption de la respiration artificielle avant 4 heures, même si l'on a toutes les raisons de penser que le sujet est déjà mort; un délai de cette durée après le contact ne permet

en aucune façon de nier en toute certitude la possibilité de survie.

Les injections sous-cutanées n'offrent de chance sérieuse de succès que chez les malades simplement évanouis. Dans les cas plus graves, c'est à la voie intra-veineuse, parfois même à la voie intracardiaque, qu'on doit recourir et ceci avec toute la rapidité possible. Mais, encore une fois, ces interventions ne doivent pas faire interrompre la respiration artificielle. Pour l'injection intra-cardiaque, la Lobéline ne sera utilisée qu'avec précaution. Le mieux est d'en injecter trois milligrammes par la voie intra-veineuse ou dix milligrammes par la voie sous-cutanée.

La cause de la mort par électrocution relève souvent d'un facteur individuel, lequel n'est pas encore suffisamment éclairci. Seules de nouvelles recherches scientifiques permettront d'élucider ce point obscur.

En attendant, le devoir strict du médecin est de mettre en œuvre tous les moyens de salut dont l'expérience a prouvé l'efficacité et d'en prolonger l'application pendant un temps suffisant.

Hygiène de l'alimentation.

La sobriété dans le boire et le manger est la première loi de l'hygiène de l'alimentation. Ne vous efforcez donc pas de manger plus qu'à votre appétit, même si vous voulez vous fortifier. Mais quand vous exécutez un travail fatigant, vous avez besoin de plus de nourriture.

L'aliment, en effet, représente un combustible qui rend la force dépensée en travail. Si vos occupations ne comportent pas d'exercice physique, vous devez manger moins; sinon vous engraissez, et l'obésité est une maladie qui abrège la vie.

Il y a deux espèces principales d'aliments: les réparateurs, qui remplacent les parties usées du corps, comme la viande, les œufs, le lait, le fromage, les haricots, les pois et les combustibles, comme les farineux et les graisses, qui fournissent la chaleur et l'énergie.

Nous devons manger, chaque jour, une certaine quantité de viande, d'œufs et de lait pour réparer nos muscles qui s'usent, mais non pas en consommer plus que nous n'en avons besoin. En général, les parents ont une tendance à fournir trop