

Soins d'urgence aux électrocutés

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

Objektyp: **Article**

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

Band (Jahr): **46 (1938)**

Heft 11

PDF erstellt am: **11.09.2024**

Persistenter Link: <https://doi.org/10.5169/seals-973518>

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.

den Körper des bewusstlosen Rettlings ausgeübt wird, wodurch Rippenbrüche oder Quetschungen innerer Organe sich ergeben müssen. Auf alle Fälle möchten wir unsere Samariter, vor allem aus die Hilfslehrer, eindringlich warnen, so vorzugehen und sich nur auf Hände und Füße zu stützen. *Die Knie bleiben bei allen drei Methoden am Boden liegen!* In einer der letzten Nummern des «Samariter» haben wir darauf hingewiesen, wie in den letzten Jahren immer mehr von berufenen Wissenschaftern darauf hingewiesen wird, dass bei der Anwendung der künstlichen Atmung jeder stärkere Druck auf den Körper des Rettlings zu vermeiden ist.

Es sind noch einige andere Angaben im Merkblatt enthalten, mit denen wir nicht einverstanden sein können. Die *Zunge* mittelst *Taschentuch* am Kinn an-

zubinden, ist meist unmöglich. Beim Simulanten, bei Uebungen lässt sich das etwa einmal machen, bei Bewusstlosen kaum. Auch vom *Uebersknienehmen* des Ertrunkenen möchten wir abraten; abgesehen davon, dass dieses Uebersknielegen grosse Kräfte braucht, sobald es sich um einen *Erwachsenen* handelt, liegt auch die grosse Gefahr vor, dadurch die bei Ertrunkenen meist sehr blutgefüllte Leber zu quetschen.

Wir möchten mit unserer Bemerkung ja nicht etwa den Wert des Merkblattes herabsetzen, insoweit es sich nicht um die von uns angefochtenen Angaben handelt. Aber nochmals möchten wir ernstlich unsere Samariter warnen vor der Ausführung der künstlichen Atmung in der Weise, wie sie darin angegeben ist. Und noch einmal: Die Knie bleiben am Boden!
Dr. Scherz.

Soins d'urgence aux électrocutés.

Dans une récente communication que le médecin en chef de la Caisse nationale suisse d'assurance-accidents adresse au corps médical du pays, il est question des soins à donner aux victimes de l'électricité pour les rappeler à la vie.

Cette circulaire s'adresse aux médecins d'abord, mais aux sauveteurs bénévoles aussi, pour engager les uns et les autres d'agir dans les cas d'électrocution, avec la conviction absolue qu'un sauvetage est toujours possible, même là où tout espoir de ramener la victime à la vie paraît exclu.

Presque toujours ce sont des profanes — souvent des samaritains — qui donnent les premiers soins jusqu'à l'arrivée d'un médecin. Rappelons brièvement quels doivent être ces soins: L'électrocuté

doit être tout d'abord, et avec toutes les précautions voulues, éloigné de la zone dangereuse, afin que lui-même et son entourage soient protégés contre tout nouveau contact avec le courant. Il est ensuite convenablement couché; la bouche est libérée de toute entrave (souillures, prothèses, etc.); le haut du corps est mis à nu; s'il le faut, et pour gagner du temps, on facilitera cette opération en coupant les vêtements, car chaque instant est précieux. Puis on pratique la respiration artificielle, *immédiatement*, puisque le moindre retard peut être la cause d'une issue fatale.

En aspergeant d'eau le thorax et le dos de la victime, *sans cesser de pratiquer la respiration artificielle*, on cherchera à déclencher des réflexes; un autre aide fera

des massages de la région du cœur et sur les membres.

Il est nécessaire de veiller à ce que la chaleur naturelle du corps soit maintenue, et pour ce faire, on appliquera sur le corps du sinistré des linges chauds, des bouillottes ou des briques chauffées, mais en prenant bien garde de ne pas provoquer de brûlures (ce qui peut se produire facilement et très rapidement sur un corps sans connaissance).

Il faut se rappeler que, même si l'on donne d'autres soins, si le médecin appelé fait des injections, la respiration artificielle ne doit jamais être interrompue, sauf peut-être pendant de très courts instants afin de permettre au docteur d'intervenir. Quelle que soit la méthode employée, la respiration doit être pratiquée correctement et longtemps.

Trop souvent on suspend trop tôt la respiration artificielle. De nos jours, et dans l'état actuel de nos connaissances, il faut exiger qu'elle soit prolongée pendant 4 à 5 heures au moins, si le corps de la victime ne porte pas des lésions mortelles indubitables, telles que fractures du crâne ou brûlures mortelles.

«Dans le cas où aucune lésion mortelle n'a pu être constatée, le médecin qui fait interrompre la respiration artificielle avant qu'elle ait été pratiquée pendant quatre heures au moins, prend une grave responsabilité, même s'il est convaincu que le sinistré a déjà trépassé, car après un laps de temps si court, on ne peut pas en avoir la certitude.»

En effet, le lieu de l'accident n'est généralement pas d'une tranquillité suffisante pour permettre même au médecin le plus expérimenté de percevoir les

bruits du cœur; cette perception est rendue plus difficile encore par les mouvements de la respiration artificielle qui ne doivent pas être arrêtés. D'autre part ces bruits sont à ce moment très faibles, par conséquent presque imperceptibles. Le manque de réflexe de la cornée ne permet pas non plus de conclusion définitive.

Si elle est bien faite, la respiration artificielle manuelle est plus efficace que celle qu'on obtient au moyen d'appareils. Si ceux-ci sont présents (*Inhabad* ou *Pulmotor*), on s'en servira seulement en cas de fatigue extrême des sauveteurs.

Rappelons enfin que, lorsqu'on appelle le médecin, il faut le renseigner très exactement, pour qu'il vienne immédiatement et qu'il apporte tout ce qui est nécessaire pour faire revenir à la vie l'électrocuté. Les causes de la mort par l'électricité ne sont pas toujours les mêmes; elles dépendent rarement d'un seul facteur, mais sont le plus souvent le résultat de plusieurs causes combinées.

Jusqu'à ce que la science ait pu résoudre ces différents problèmes, jusqu'à ce qu'elle permette d'employer d'autres moyens plus efficaces, il est donc du devoir de tout samaritain de pratiquer la respiration artificielle, immédiatement et aussi longtemps que possible. Celui qui aura la joie, à la suite de longs et persévérants efforts, de voir revenir à la vie un être que l'on considérait comme mort — et cela est arrivé souvent après plusieurs heures de travail — estimera certainement qu'une vie humaine vaut quelques heures de fatigue et de sacrifices !