

# Les hémorragies secondaires et tardives : (Nachblutungen)

Autor(en): **Wassmer, Frank**

Objektyp: **Article**

Zeitschrift: **Allgemeine schweizerische Militärzeitung = Journal militaire suisse = Gazzetta militare svizzera**

Band (Jahr): **90=110 (1944)**

Heft 1: **Wehrmedizinisches Sonderheft**

PDF erstellt am: **22.07.2024**

Persistenter Link: <https://doi.org/10.5169/seals-19009>

## **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.

## **Les hémorragies secondaires et tardives**

(Nachblutungen)

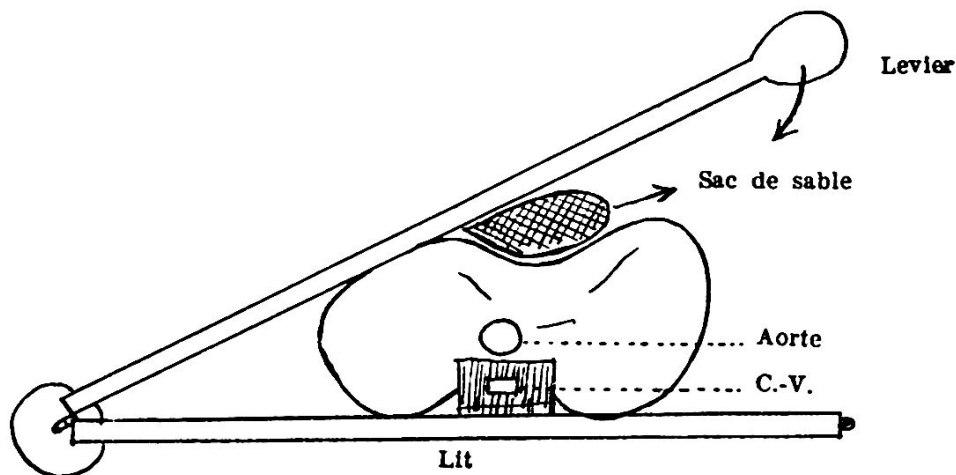
Par le Cap. *Frank Wassmer*

Les hémorragies secondaires sont un souci perpétuel pour le chirurgien du front et une crainte constante pour les infirmières et les sanitaires. Un état d'alerte jour et nuit règne dans les lazarets du front, car un retard de moins d'une minute peut coûter la vie d'un blessé.

Les grandes plaies infectées sont très souvent accompagnées de lésions artérielles importantes, les vaisseaux étant obturés au moment de la blessure par un caillot de sang ou une thrombose. Peu à peu, l'infection nécrose ce caillot et le ramollit. Au début de la troisième semaine, soit spontanément, soit après un mouvement minime, une hémorragie secondaire va se produire. Habituellement, à cette époque, l'état général s'est amélioré et la pression artérielle s'est élevée, ce qui va favoriser le déclenchement de cette hémorragie. Dans certains cas, la plaie présente pendant les 48 heures qui vont précéder l'hémorragie secondaire un léger suintement sanguinolent. C'est un signe bien connu des infirmières des lazarets du front. Nous nous l'expliquons par le ramollissement des bords du thrombus qui reste cependant encore fixé dans la lumière du vaisseau, mais laisse tout de même passer un peu de sang. Dans de telles circonstances, il ne faut pas attendre que l'hémorragie foudroyante se déclare, mais intervenir avant; on évitera ainsi une perte de sang et un état de choc peut-être fatal pour le blessé.

Les tamponnements avec des gaz hémostatiques sont formellement contre-indiqués. Ils ne font qu'arrêter momentanément l'hémorragie et constituent un milieu de culture très dangereux par la présence de caillots cruoriques provoquant une recrudescence de l'infection. D'autre part, le tamponnement compressif occasionne des troubles circulatoires veineux avec œdème, cyanose et hypothermie de la partie distale du membre atteint. Il y a même parfois danger de gangrène. Nous avons appliqué le traitement suivant qui, à mon avis, présente de gros avantages:

Injection de S.E.E. faible intraveineuse, puis mise en place d'un garrot et suivi d'une transfusion de sang immédiate. Sous narcose à l'éther, on tentera de lier l'artère en amont de la plaie, si l'on est certain d'avoir repéré celle qui provoque l'hémorragie. Si l'on n'a



pas pu la déterminer, il faudra faire l'hémostase au niveau de la blessure. Pour ce faire, extirper tous les caillots sanguins et faire un lavage complet à  $H_2O_2$  afin de mieux reconnaître les plans anatomiques. Les vaisseaux seront isolés et ligaturés au *catgut* au niveau de la partie distale et proximale de la plaie. Les veines le seront également. Après avoir relâché le garrot, il ne faut plus avoir aucun écoulement de sang. Irriguer de nouveau avec  $H_2O_2$  et attendre au moins 4 à 5 minutes pour s'assurer que plus rien ne saigne. Saupoudrer abondamment avec des sulfamidés et faire un pansement léger afin de dépister immédiatement si une nouvelle hémorragie se produisait.

La pose d'un garrot ordinaire ne réalise pas toujours l'hémostase, spécialement dans les plaies du tiers supérieur de la cuisse ou dans le pli de l'aîne.

Il faudra faire, dans de telles circonstances, la compression de l'aorte abdominale contre la colonne lombaire en plaçant un sac de sable au-dessous de l'ombilic et en le comprimant par un bras de levier fixé à un des bords du lit (Momburg'sche Stauung) (Fig. 1).

Si l'hémorragie se produit au cou, l'infirmier de garde applique fortement son poing sur la carotide primitive et le médecin tentera sur place une hémostase. Il en sera de même pour les ruptures de l'artère maxillaire interne.

En cas d'hémorragie d'une plaie thoracique, il est très fréquent qu'elle soit produite par une lésion de l'artère intercostale qu'il faut toujours rechercher avec soin; plus rarement la mammaire interne.

Les hémorragies de l'artère fessière sont très abondantes et ne peuvent être jugulées au niveau de la lésion. Il faut faire l'hémostase

à distance, en allant lier l'hypogastrique interne près de sa bifurcation de l'artère iliaque primitive. On l'aborde en faisant une incision lombaire, rétro-péritonéale. C'est une intervention facile lorsque l'on connaît bien ses plans anatomiques. Je l'ai pratiquée 3 fois sans incident.

Il ne faut jamais lier une artère sans que celle-ci soit proprement isolée, car l'on peut comprimer un nerf moteur accompagnant le vaisseau et compromettre irrémédiablement la fonction d'un membre. L'hémostase d'une hémorragie secondaire tardive demande des connaissances d'anatomie approfondies, car les tissus dans lesquels nous devons travailler sont tuméfiés et purulents, ce qui rend les repères difficiles à reconnaître.

En cas de doute revoir son anatomie avant d'opérer!

## **Der Aufbau und der Betrieb einer Hals-Nasen-Ohrenstation im Kriegslazarett**

Von Hptm. *F. Escher*, Kdt. einer Geb. San. Kp.

«Und Sie werden uns eine Hals-, Nasen-, Ohrenstation einrichten, da wir in unserer Lazarettstadt noch keinen Spezialisten haben,» so lautete der Auftrag des Oberstabsarztes, der uns empfing, die Arbeitsplätze zuwies und die Aufgaben verteilte.

Vor 6 Tagen waren wir von zu Hause weggefahren. Heute mittag mit dem Camion, der uns zuletzt aus dem Baltikum herführte, über die russische Grenze gerollt und am Bestimmungsort angelangt. Noch war alles fremd, das weite, öde Land, das Lazarett mit seinem Lysolgeruch und die erste Kontaktnahme mit den Verwundeten. Dann kamen die Sorgen um die Gestaltung der neu geplanten Station. Alles wirbelte durch den Kopf . . ., das Wie, Wo und Woher die vielen Sachen kommen. Wir sind doch in Russland. Alles muss doch irgendwoher beschaffen werden, von Russland jedenfalls sicher nicht. Mit Eifer traten wir aber an die Aufgaben heran. Zuerst wurden uns die Räumlichkeiten zugeteilt. Die neue Station sollte in einem Schulhaus, wo sich bis jetzt ein Leichtverwundetenlazarett und eine Zahnstation befanden, untergebracht werden. Dieses Gebäude war ca. 8 Minuten vom chirurgischen Hauptlazarett entfernt und dessen Kommando