

# Nouvelle méthode de respiration artificielle et de réanimation

Autor(en): **De Gasparo**

Objektyp: **Article**

Zeitschrift: **Jeunesse forte, peuple libre : revue d'éducation physique de l'École fédérale de gymnastique et de sport Macolin**

Band (Jahr): **20 (1963)**

Heft [6]

PDF erstellt am: **22.07.2024**

Persistenter Link: <https://doi.org/10.5169/seals-996457>

## **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.

# Nouvelle méthode de respiration artificielle et de réanimation

Dr méd. De Gasparo

## 1. Introduction

Selon les données de la Société suisse de sauvetage, environ 750 personnes meurent d'asphyxie à la suite d'accidents de la circulation, de noyade, d'accidents professionnels ou sportifs. Or, des expériences démontrent que la mise en œuvre immédiate d'un procédé de réanimation simple et efficace aurait pu sauver la vie d'un bon nombre de ces victimes. Les anesthésiologistes de nos hôpitaux (spécialistes en narcose et en réanimation) ont évidemment acquis une grosse expérience dans le traitement des victimes de fractures du crâne, d'empoisonnement ou de tétanos, et ils ont ainsi pu sauver une bonne partie de ces patients. Mais pour pouvoir bénéficier du secours et de l'expérience de ces techniciens, il est absolument nécessaire que les blessés sans connaissance ou privés de respiration soient amenés encore vivants dans les hôpitaux. Et le transport le plus rapide n'empêchera pas le blessé de mourir d'asphyxie, si des mesures rapides et correctes ne sont pas prises, surtout en ce qui concerne la position du corps et la respiration artificielle. L'interruption de la respiration pendant 3 à 10 minutes peut déjà provoquer des lésions permanentes du cerveau, par suite de manque d'oxygène et d'afflux d'acide carbonique. C'est pourquoi il est de toute importance que les plus larges couches de la population soient instruites d'un procédé simple, rapide et efficace de pratiquer la respiration artificielle, sans l'aide d'aucun accessoire.

Sur la base d'enquêtes faites principalement aux USA, mais aussi chez nous par la Société suisse de sauvetage et par le Service de santé de l'Armée, on recommande depuis 1959 la méthode de respiration dite de bouche-à-nez ou de bouche-à-bouche; c'est à dire que le sauveteur insuffle directement l'air dans les voies respiratoires du blessé.

## 2. Dans quels cas une défaillance de la fonction respiratoire peut-elle se produire ?

2. 1. Par manque d'oxygène, à la suite
  - du séjour dans un air trop pauvre en oxygène (p. ex. fumée épaisse),
  - de l'obstruction des voies respiratoires par l'extérieur (eau, neige, terre, objets divers, étranglement),
  - de l'obstruction des voies respiratoires par l'intérieur (sécrétions nasales, expectorations, vomissures, sang, inspiration de corps étrangers liquides ou solides).
2. 2. Par arrêt de fonctionnement du centre moteur de la respiration, dans le cerveau, à la suite
  - d'une lésion cervicale, avec ou sans fracture du crâne,
  - d'épanchement sanguin dans le cerveau, dû à une maladie ou à un accident,
  - d'empoisonnement produit par un facteur externe (p. ex.: somnifères, certains gaz toxiques, poisons divers)
  - d'auto-intoxication (p. ex.: toxines produites par le diabète ou certaines maladies du foie et des reins).

2. 3. Par interruption du circuit nerveux entre le cerveau et la musculature respiratoire

- p. ex. lors de lésions de la moelle épinière ou du cerveau, par suite de poliomyélite, de tétanos ou d'utilisation de produits à base de curare.

2. 4. Par interruption de fonctionnement de la musculature respiratoire

- p. ex. lors de blessures de la cage thoracique.

## 3. Comment reconnaît-on l'étouffement ?

3. 1. A la coloration bleu-violacé ou pâle de la peau (pâle en cas d'hémorragie).

3. 2. A l'absence des mouvements respiratoires ou à l'apparition d'une respiration bruyante (forts ronflements, râles, sifflements).

3. 3. Si la musculature du cou et de la poitrine se contracte sans que se fasse entendre le bruit de la respiration, on a tout lieu d'en déduire qu'il y a obstruction des voies respiratoires supérieures.

Un patient sans connaissance perd ses réflexes de défense; il «avale» sa langue et sa respiration est bloquée.

## 4. Comment agir en cas d'étouffement ?

4. 1. Si la respiration n'est qu'entravée, il suffit la plupart du temps de coucher la victime sur le flanc («stabilisierte Seitenlage»); les voies respiratoires restent alors libres et les vomissures peuvent s'écouler par la bouche et le nez.



Fig. 1: Blessé en position couchée sur le flanc.

4. 2. Si la respiration est interrompue, il faut

- libérer les voies respiratoires et les maintenir libres.

D'abord libérer les voies respiratoires rapidement, avec le doigt ou un mouchoir, en maintenant la tête couchée sur le côté, et sans attendre d'avoir une pompe aspirante à disposition. Ensuite maintenir libres les voies respiratoires en soutenant la mâchoire inférieure, de manière que les dents soient serrées et en fléchissant la tête fortement en arrière.

- commencer immédiatement la respiration artificielle:

après une profonde inspiration, le sauveteur insuffle l'air directement dans le nez ou la bouche de la

victime. S'il remarque que la poitrine du blessé se soulève, il relâche son action pour permettre à l'air de s'échapper. Il répète ce procédé au rythme de 12 à 20 insufflations par minute. Il faut insister sur le fait que le sauveteur doit appliquer ses lèvres le plus hermétiquement possible sur le visage de la victime. Lors du sauvetage d'un noyé, il faut déjà commencer la respiration artificielle pendant son transport jusqu'à la rive.

En cas d'électrocution, s'assurer avant tout que le courant soit coupé!

On commencera de pratiquer la respiration artificielle sur des victimes d'avalanches dès que la tête aura pu être dégagée de la neige.

**Plus les mesures de réanimation sont rapides, plus grandes sont les chances de les voir couronnées de succès.**



Fig. 2: Manière d'insuffler l'air en maintenant la tête en position renversée.

## 5. Avantages et inconvénients de la méthode de respiration bouche-à-bouche

5.1. **Avantages** par rapport aux méthodes classiques de pression du thorax (p.ex. méthode Schäfer):

- L'insufflation (bouche-à-nez ou bouche-à-bouche) peut déjà provoquer une augmentation de l'oxygénation du sang et une diminution de sa contenance en acide carbonique, dans un délai de 15 secondes.
- Cette méthode peut être pratiquée en toute circonstance, même dans l'eau, sur une échelle de pompiers ou dès que la tête de la victime est dégagée (avalanches).
- Elle permet même à un enfant de sauver un adulte, puisque le 20% de la capacité thoracique d'une grande personne peut suffire à la réanimation.
- Les mains du sauveteur restent libres pour maintenir ouvertes les voies respiratoires. L'échec des autres méthodes de respiration artificielle provenait très souvent du fait que la victime «avalait» sa langue.
- Diverses expériences ont montré que c'est par la méthode «bouche-à-bouche» que l'on arrive à fournir à la victime la plus grande quantité d'air par mouvement respiratoire.

5.2. **Inconvénients** de la méthode bouche-à-bouche:

- scrupules hygiéniques du sauveteur; éventuelle réaction de répulsion à surmonter.

5.3. L'insufflation d'air n'est contre-indiquée qu'en cas

- d'empoisonnement par gaz toxique (parathion, produit insecticide),
- de blessures graves de la face et de la colonne cervicale.

## 6. Complications qui peuvent se présenter lors d'actions de sauvetage

Les complications qui se produisent le plus souvent sont:

- les vomissements
- le trimus (dents serrées par crispation)
- les crampes et convulsions

Il faut cependant pratiquer la respiration artificielle bouche-à-bouche dans chaque cas et n'abandonner tout effort que lorsqu'un médecin aura dûment constaté la mort.

## 7. Réanimation à l'aide d'appareils de sauvetage

Il est évident qu'un appareil de sauvetage, qu'on aura amené sur place entre temps, pourra relayer le sauveteur pratiquant la méthode «bouche-à-bouche». Dans cet ordre d'idées, il faut bien dire que ces appareils, qu'ils soient simples (Safartubus) ou compliqués (Pulmotor), ne conviennent pas absolument dans tous les cas, ce qui vaut d'ailleurs aussi pour les méthodes de respiration artificielle, y compris l'insufflation. L'inconvénient majeur, en ce qui concerne les appareils de sauvetage, c'est le fait qu'un temps précieux s'écoule, jusqu'au moment où ils peuvent entrer en fonction; quelquefois aussi, il ne se trouve sur place aucune personne qui en connaisse le fonctionnement exact. Le soussigné s'est même trouvé en présence d'un cas où la bouteille d'oxygène d'un appareil n'a pu être ouverte!

## 8. Massage externe du cœur

En cas de noyade en eau douce ou d'électrocution par courant à basse tension, les battements du cœur peuvent être interrompus même avant que cesse la respiration. Si, après 10 insufflations, la peau ne rosit pas légèrement et si le pouls reste imperceptible, il est nécessaire de pratiquer un massage externe du cœur. La victime est couchée sur le dos, sur un fond dur et non élastique. La tête reste fortement renversée dans la position permettant de pratiquer sans interruption la respiration artificielle bouche-à-bouche. Le sauveteur est agenouillé à côté du blessé et pose une main sur le tiers inférieur de son sternum; en appuyant la seconde main sur la première et en utilisant le poids de son corps, il comprime le sternum de 3 à 4 cm en direction de la colonne vertébrale, au rythme de 60 à 80 pressions à la minute. Le massage du cœur est correctement exécuté lorsque les battements du cœur sont de nouveau perceptibles à l'artère carotide ou au poignet.

(Tiré de «Starke Jugend — freies Volk»  
Trad. A. P.)