

Se Souvenir 16



Hanno NEIDHARDT

La chirurgie d'urgence

Les choses finissent toujours par s'arranger : je fus régularisé, j'eus même droit à des lits supplémentaires et après quelques mois j'avais une activité tout à fait honorable. Le SAMU existait mais était fermé. J'écrivis à son patron : ton SAMU est-il une maison close ? On a bien ri et on a rouvert le SAMU mais avant tout il partait à Saint-Joseph car personne ne voulait s'occuper des urgences. A partir de ce moment-là nos relations se sont normalisées et j'ai pu continuer mes activités sans aucun problème jusqu'à la fin de ma carrière.



Il est évident que gardant mon poste d'anatomie à Grange Blanche j'étais un peu soumis à un nomadisme parfois fatigant. Mais je ne garde que des souvenirs intéressants ; pour voir ce qu'on appelle des cas passionnants il faut faire beaucoup de petites choses qui pour les malades ou pour les blessés sont de grandes choses.



Je considère ma carrière lyonnaise comme un pur hasard, elle a été très satisfaisante pour moi-même, mon équipe et peut-être même en était-il pour mes malades, ce n'est pas à moi d'en juger.

Le problème de la chirurgie d'urgence n'est pas totalement résolu à Lyon nous avons des structures publiques et privées qui ne laissent plus de place au hasard. L'urgence s'est vue

subdiviser en urgence générale et en urgence traumatologique essentiellement l'appareil locomoteur désormais autonome. Il reste les polytraumatisés et les problèmes de choix : par où commencer ? On peut collaborer lorsque les circonstances s'y prêtent mais c'est un peu difficile en effet d'opérer à la fois une carotide et de faire un trou dans le crâne chaque équipe a besoin de son matériel et de son espace : ces cas sont heureusement rares. Le problème de la priorité se pose objectivement assez souvent par où commencer pour les familles ou les blessés conscients, le problème paraît simple mais quelquefois difficile d'argumenter quant aux délais d'intervention lui-même. On m'a souvent posé la question : quelles sont vos limites temporelles pour parler d'urgence : j'ai donné le chiffre de six heures un peu arbitraires certes pour prendre une décision qu'elle soit positive ou négative. J'ai souvent arrêté la sortie d'un entrant de la nuit qui avait un bulletin de retour à domicile et que l'accident vasculaire ou hémorragique conduisait tout de suite sur la table d'opération.



Pour la surveillance post opératoire, j'avais publié une méthode qui permettait d'observer à vue directe le péritoine et son contenu. Il suffisait de ne pas fermer le ventre mais de l'isoler sous une cloche en plastique qui était tout simplement un champ perforé qu'on fixait à la paroi laissée ouverte. Une perfusion était installée dans la cavité de façon à humecter les viscères On avait ainsi une

vue continue sur la cavité abdominale ou péritonéale : perforation ou nouvelle poussée de nécrose extensive il est évident que c'était un procédé désespéré qui m'a donné quelques succès. Les problèmes pariétaux : fermer la paroi dans les jours qui suivent étaient alors la principale question. Nous avons nommé ce procédé le Snorchel c'était le nom donné à un tube placé sur un sous-marin pour faire une prise d'air au niveau du périscope cela permettait d'approcher la flotte ennemie en moteur thermique en économisant l'électricité. J'ai retrouvé la méthode dans une autre publication sous le nom de sac de Bogotá.



Il n'y a pas de miracle en chirurgie de l'urgence il faut voir et revoir les malades quel que soit leur état et être prêt à toutes les situations. Si vous avez la chance d'évoluer dans un milieu suffisamment riche en spécialistes pour le cas où l'on se trouverait devant un problème relevant d'une discipline très spécialisée profitez-en, pour le reste ce sont les règles de la chirurgie générale adaptée aux circonstances particulières de l'urgence. La tendance actuelle est plutôt de juxtaposer des gestes de chirurgie spécialisée chez les poly-malades qui sont notre clientèle. L'idée m'est venue de ces comportements lorsque le chef d'antenne

chirurgicale de la ville de Médéa, seul chirurgien, dut recevoir une quarantaine de blessés graves dans une petite ville de la montagne que les intempéries et la neige avaient isolé. Il s'agissait d'un déraillement provoqué par une bombe entre les rails ce qui avait créé des lésions par onde de choc (solidblast) les dégâts tissulaires sont souvent énormes alors que la peau a pu rester intacte. C'est un problème différent d'une grosse plaie

