Zeitschrift: Allgemeine schweizerische Militärzeitung = Journal militaire suisse = Gazetta militare svizzera

Band: 90=110 (1944)

Heft: 3: II. Wehrmedizinisches Sonderheft

Artikel: Médicine interne de guerre

Autor: Vuilleumier, Pierre

DOI: https://doi.org/10.5169/seals-19026

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist die Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften auf E-Periodica. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Zeitschriften und ist nicht verantwortlich für deren Inhalte. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern beziehungsweise den externen Rechteinhabern. Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen sowie auf Social Media-Kanälen oder Webseiten ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. Mehr erfahren

Conditions d'utilisation

L'ETH Library est le fournisseur des revues numérisées. Elle ne détient aucun droit d'auteur sur les revues et n'est pas responsable de leur contenu. En règle générale, les droits sont détenus par les éditeurs ou les détenteurs de droits externes. La reproduction d'images dans des publications imprimées ou en ligne ainsi que sur des canaux de médias sociaux ou des sites web n'est autorisée qu'avec l'accord préalable des détenteurs des droits. En savoir plus

Terms of use

The ETH Library is the provider of the digitised journals. It does not own any copyrights to the journals and is not responsible for their content. The rights usually lie with the publishers or the external rights holders. Publishing images in print and online publications, as well as on social media channels or websites, is only permitted with the prior consent of the rights holders. Find out more

Download PDF: 15.07.2025

ETH-Bibliothek Zürich, E-Periodica, https://www.e-periodica.ch

Médicine interne de guerre

Par le *Dr. Pierre Vuilleumier, Bâle.*

Il existe une médecine de guerre comme il existe une chirurgie de guerre. Trois mois de travail dans une division de maladies infectieuses — et accessoirement de médecine interne — sur le front oriental, nous ont mis en face de ce fait.

Certes, la chirurgie de guerre a bien plus de caractères qui lui sont propres; elle exige du médecin militaire une préparation bien plus spécialisée que la médecine interne de guerre qui reste une proche parente de la médecine de tous les jours. Ce qui distingue ces deux médecines l'une de l'autre, c'est d'abord l'apparition massive, en temps de guerre, de maladies rares ou inconnues en temps de paix, entr'autres les maladies transmises par les poux; ensuite, c'est le fait que la fréquence de certaines maladies courantes est différente en temps de paix et en temps de guerre, si bien que certains symptômes banaux qui font penser à telle maladie dans une population épargnée par la guerre, doivent au contraire faire penser à telle autre s'ils se présentent chez un combattant.

Je cite quelques exemples: Un homme a-t-il mal au cou pendant une tranquille période de relève? On pense d'abord à une angine. Revient-il du front? On fera bien de penser d'abord à une diphtérie, même s'il n'y a pas d'enduit blanc sur les amygdales. Se plaint-il subitement d'avoir de la peine à lire et de voir trouble quand il tire? En temps de paix, on l'envoie chez l'oculiste. A-t-il une faiblesse ou une paralysie subite des bras ou des jambes? En temps de paix, on pense à une paralysie infantile par exemple. En temps de guerre? Ce n'est pas chez l'oculiste qu'il faut l'envoyer, ni à une paralysie infantile qu'il faut penser, mais bien de nouveau à une diphtérie guérie depuis peu et qui se manifeste tardivement par une atteinte des nerfs périphériques et de l'appareil accomodateur de l'œil, alors que les maux de cou ont disparu depuis 1 ou 2 semaines ou plus, s'ils n'ont pas passé totalement inaperçus. Nous avons plusieurs fois reçu des hommes atteints de polynévrite diphtérique avec troubles de l'accomodation qui nous venaient d'une compagnie de convalescents où ils avaient été envoyés 1 ou 2 semaines auparavant après avoir eu une bénigne angine diphtérique parfois non-diagnostiquée. On risque, chez nous, de perdre l'habitude de penser à la diphtérie parce qu'elle a considérablement diminué.

Les maux de tête: ce symptôme banal n'a d'ordinaire rien d'alarmant, surtout s'il ne s'accompagne pas de fièvre; une aspirine et on n'en parle plus. Que le sommeil vienne à manquer en même temps, personne ne s'en étonne: on dort mal quand on a mal à la tête, on a mal à la tête quand on dort mal. Un beau jour, à l'occasion d'un effort, on se sent le souffle court, ou même on doit s'assoir parce qu'on a un malaise. Quelques jours plus tard, un camarade vous fait remarquer qu'on a engraissé de visage; ou bien, plus moyen d'enfiler ses bottes: on a les pieds enflés. Cette fois, décidément, on s'annonce à l'infirmerie. De quoi s'agit-il? De la redoutable «néphrite des tranchées» (Feldnephritis), dont les symptômes initiaux sont si banaux qu'ils sont trop fréquemment pris pour des bagatelles par le malade et dont le médecin non-averti méconnaît l'importance. Nous avons vu souvent des malades que leurs chefs avaient pris, l'un d'entre eux pendant plusieurs semaines, pour des simulants, ou qui avaient été «mis au bureau» pour qu'ils puissent se «reposer». Lorsque enfin ils se montrèrent au médecin, leur pression sanguine était de plus de 200 mm. Hg et ils étaient à un doigt de l'œdème pulmonaire. La néphrite des tranchées, fort répandue elle aussi pendant la guerre de 1914—18, est une forme aiguë de néphrite s'accompagnant d'œdèmes subits au visage, aux mains ou aux jambes, d'hypertension et d'albuminurie. Elle doit être considérée comme une maladie grave, même dans ses formes légères. Les malades qui en sont atteints sont intransportables, ou si la situation l'exige, à transporter couchés. Fréquemment l'albuminurie n'apparaît que plusieurs jours après les œdèmes. Les malades peuvent fort bien être soignés à l'infirmerie de troupe. On les gardera au chaud sans rien leur donner à manger et ½ l. à boire pendant 3, 4, 5 jours suivant leur résistance à la faim et à la soif. On surveillera la diurèse en la mesurant dans des boîtes de conserve. Plus tard, on leur donnera si possible des fruits en boîte. Une fois la pression et l'examen des urines redevenus normaux, on les enverra pour plusieurs semaines en congé de convalescence.

Un homme se sent-il fatigué? manque-t-il d'appétit? a-t-il la bouche sèche? une température subfébrile n'excédant parfois pas 37,5? pensez à la fièvre typhoïde, même si il n'y a pas trace de troubles intestinaux, même si la rate n'est pas augmentée de volume. De même en cas de «dérangements» d'estomac et d'intestins qui s'accompagnent de température subfébrile. Découvre-t-on des roséoles typiques spécialement nombreuses? ce sera plutôt un paratyphus B. La vaccination antityphique n'a pas supprimé les fièvres typhoïdes

et paratyphoïdes, mais a diminué considérablement la gravité de ces maladies. L'agglutination viendra souvent confirmer le diagnostic et si elle est négative il faudra la répéter 2, même 3 semaines plus tard avant de se prononcer par la négative. On sait d'ailleurs que l'agglutination peut rester négative chez les vaccinés atteints de formes frustes de la maladie. En revanche, l'expérience montre que soit pour la typhoïde, soit pour la paratyphoïde, soit pour le typhus exanthématique, l'agglutination n'est probante qu'au taux de 1:400 et au-dessus.

Les blessés graves qui contractent des typhoïdes malgré la vaccination antityphique sont en général gravement atteints, à l'inverse des typhiques vaccinés qui n'ont pas de blessures. Leur forte température, qui contraste avec une bradycardie relative, l'aspect typique de leur langue, permettent souvent au chirurgien de poser le diagnostic rapidement. Mais que l'on prenne garde: il arrive souvent, aussi, que des blessés infectés présentent une image clinique fort semblable à la typhoïde et dont la fièvre élevée, qui contraste avec une bradycardie relative, persiste malgré de nombreux débridements faits pour rechercher un foyer purulent caché. L'agrandissement de la rate, qui se rencontre dans la typhoïde comme dans les infections qui se généralisent, est dans ces cas sans valeur diagnostique. Si l'agglutination n'atteint pas le taux de 1:400, il faut engager le chirurgien à chercher encore malgré son désir légitime de déposer le couteau et de transférer le malade en médecine.

On apprend vite, même si l'on n'est pas médecin, à poser le diagnostic de la dysenterie. Ce qui échappe à l'esprit non-averti, c'est la cause des malaises gastriques dus à une hypochlorhydrie post-dysentérique; c'est les uréthrites, les conjonctivites succédant à cette maladie; et surtout, c'est les polyarthrites subaiguës et tenaces qui surviennent après des dysenteries généralement bénignes. Uréthrite, conjonctivite et polyarthrite se présentent parfois simultanément et constituent ce qu'on appelle le syndrome de Reiter, que l'on rencontre assez fréquemment si l'on prend soin de questionner systématiquement les malades présentant l'un de ces trois symptômes.

Un homme se plaint depuis quelques temps de «rhumatismes»: il a de violentes lancées dans les jambes et dans la région des reins; il a mal à la tête, mauvaise mine, et parfois de la fièvre. S'agit-il de rhumatismes, d'une sciatique, d'un «refroidissement»? Trois questions précises, et vous risquez de poser un diagnostic définitif. Qu'il montre avec la main où il a le plus mal: ce n'est pas le long du sciatique, c'est

sur les tibias, dont le tiers inférieur est tout spécialement sensible à la pression. A-t-il plus mal la nuit que le jour? Oui. Combien de fois a-t-il uriné la nuit précédente? 4 fois, 6 fois. Il ne s'agit donc ni de sciatique, ni de rhumatismes, mais bien de fièvre de Wolhynie (fièvre des tranchées, fièvre de 5 jours), maladie connue déjà pendant la guerre de 1914—18 sur le front occidental et très répandue maintenant sur le front oriental. Dans sa forme classique, elle consiste en poussées de température tous les 5 jours, accompagnées de violentes douleurs périostiques à prédominance nocturne localisées surtout dans les jambes. Les malades qui en sont atteints passent souvent une partie de la nuit assis sur leur lit à se masser les tibias, à moins que les douleurs soient si insupportables qu'elles les obligent à se lever pour se dégourdir les jambes. Ce qui est moins connu, c'est la pâleur symptomatique de la face (yeux cernés) et fréquemment une pollakisurie (fréquent besoin d'uriner) nocturne dont la cause est obscure. La courbe de température est très souvent atypique, irrégulière, et en général la fièvre disparaît définitivement bien avant que le malade se sente guéri. Le diagnostic certain est difficile à poser; on le pose trop facilement dans les cas de douleurs des jambes et des reins, et c'est un refuge facile pour des simulateurs éventuels. L'agrandissement de la rate, cité dans bien des traités de médecine, est rare. La pollakisurie est un symptôme précieux, ainsi que la douleur à la pression du tiers inférieur des tibias à l'exclusion des 2 tiers supérieurs. Ajoutons pour terminer qu'il n'y a pas de fièvre de Wolhynie sans poux. C'est eux qui transmettent cette maladie, mais l'incubation est longue et la piqûre de poux peut passer inaperçue. L'agent pathogène, une rickettsia à la limite de la visibilité du microscope, peut être agglutiné dans des instituts installés à cet effet. Cette maladie est la bête noire des commandants d'unité qui voient fondre leurs effectifs à cause d'elle. Le médecin de troupe fera bien de ne pas évacuer sur l'arrière les hommes qui en sont atteints, mais de les garder à l'infirmerie et de leur faire reprendre le travail graduellement, si possible sans attendre la guérison complète qui peut se faire attendre plusieurs semaines.

Revenons aux maux de tête et aux insomnies. S'accompagnent-ils de fièvre? le médecin militaire doit tout de suite penser à une autre maladie fort répandue maintenant sur le front oriental et jusqu'ici inconnue chez nous: c'est le typhus exanthématique. Cette maladie mérite sa réputation bien établie non seulement par les ravages qu'elle fit de tous temps dans les armées combattantes, mais encore

parce que la constance de ses symptômes principaux et la diversité de ses complications en font la plus typique, la plus impressionnante et la plus intéressante des maladies infectieuses. Jusqu'ici, la Suisse fut épargnée par elle, mais il n'est pas impossible qu'elle apparaisse chez nous. Je rapporte brièvement ce que tout médecin militaire, et même tout officier de troupe devrait en savoir.

Il n'y a pas de typhus exanthématique sans poux. Ces parasites transmettent la maladie après l'avoir contractée eux-mêmes sous forme — on ne saurait mieux dire — d'une vraie dysenterie: c'est dans la muqueuse ulcérée de leur intestin et dans leurs crottes que pullule l'agent infectieux ou rickettsia. L'homme ne s'infecte pas quand il se fait piquer, mais quand il se gratte et qu'il souille l'endroit de la piqûre avec de la poussière de crottes déposées sur la peau par cet animal. Pour une raison encore obscure, le typhus exanthématique n'existe pratiquement que de décembre à mars. Tout médecin militaire devrait savoir en poser le diagnostic avant qu'apparaisse l'éruption dont la maladie tire son nom, car cet exanthème n'apparaît que tard — le troisième, quatrième ou cinquième jour —, à moins qu'il soit si fugace qu'il passe inaperçu. Fièvre, maux de tête, insomnies, sont ce que l'on pourrait appeler la triade symptomatique du typhus exanthématique débutant. Un œil exercé posera le diagnostic en général sans difficultés avant l'apparition de l'exanthème à l'aide des symptômes suivants: léger tremblement de la langue, des muscles du visage et des doigts, rougeur du visage, injection conjonctivale, rate augmentée de volume (seulement pendant la première semaine, à l'inverse de la fièvre typhoïde), légère agitation motrice et psychique qui peut faire prendre ces malades pour des alcooliques à la merci d'un delirium tremens ou d'une pneumonie. Au début, les malades sont agités. Ce n'est que plus tard qu'ils présentent cette passivité, ce «typhos» dont la maladie tire aussi son nom. Après l'apparition de l'exanthème, le diagnostic est plus facile. Prendre garde de ne jamais se prononcer sur la nature d'un exanthème à la lumière électrique car les cicatrices de piqûres de poux et de grattage ressemblent à s'y méprendre, à la lumière électrique, à l'exanthème du typhus exanthématique. L'agglutination du proteus X 19 (Weil-Felix) n'est positive qu'après 7 à 9 jours et n'est indispensable que pour les cas douteux, toujours assez nombreux d'ailleurs.

En temps de guerre, il faut se méfier des «oreillons» qui sont des parotites banales chez des hommes au bout de leurs réserves. Des «méningites» qui sont des tétanos, fréquents par exemple dans les

cas de gelures. Des «ulcères variqueux» qui sont des diphtéries des plaies. Des impétigos qui sont des gales infectées. Des tachycardies qui sont des suites de myocardites dysentériques ou diphtériques. Bref, on pourrait allonger encore cette liste déjà longue. Elle nous montre que, de même que l'on s'efforce chez nous de préparer nos médecins militaires à la chirurgie de guerre, il est nécessaire qu'on attire aussi leur attention sur la médecine interne qu'ils auraient à pratiquer si les circonstances le voulaient. Ceci leur permettrait de poser leurs diagnostics avec moins d'hésitations, moins d'erreurs, moins de retards. L'officier de troupe, lui aussi, tirera peut-être quelque profit des remarques qui précèdent.

Moderne Kriegsseuchen

Von San. Major *F. Koller*, Zürich

Die Ausbreitung gewisser Seuchen gehört zu den regelmässigsten Begleiterscheinungen aller Kriege. Bis gegen Ende des letzten Jahrhunderts übertraf die Zahl der an Krankheiten verstorbenen Wehrmänner diejenige der Gefallenen meist um ein Vielfaches. Im Krimkrieg 1854 z. B. verloren die Franzosen und Engländer infolge von Krankheiten dreimal mehr Leute als durch Waffeneinwirkung. Im preussisch-österreichischen Krieg 1866 war dieses Verhältnis auf preussischer Seite 1,2 zu 1, im russisch-japanischen Krieg 1904: 3 zu 1 (auf japanischer Seite).

Durch die grossen Entdeckungen der Bakteriologie in den 80er Jahren des letzten Jahrhunderts und die dadurch bedingten Fortschritte der Hygiene wurde das Verhältnis umgekehrt. Im Weltkrieg 1914/18 betrug die Zahl der an Krankheiten Gestorbenen in der deutschen Armee nur etwa ein Zehntel der Gefallenen. Seither hat die Bakteriologie noch weitere, wenn auch bescheidenere Fortschritte zu verzeichnen. Die Frage, welche Rolle die Seuchen im heutigen Kriege spielen, ist daher von grösstem Interesse. Ein endgültiges Urteil darüber ist natürlich erst nach Beendigung des Krieges und nach Verarbeitung der militärärztlichen Erfahrungen und Feststellungen beider kriegführenden Parteien möglich. Die folgenden Ausführungen geben lediglich einige Beobachtungen wieder, die in einem relativ