

# Médecine et chirurgie de guerre

Autor(en): **A.S.**

Objektyp: **Article**

Zeitschrift: **Revue Militaire Suisse**

Band (Jahr): **62 (1917)**

Heft 11

PDF erstellt am: **26.09.2024**

Persistenter Link: <https://doi.org/10.5169/seals-339954>

## **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.

rant l'attention sur les formalités inutiles enseignées aux sentinelles dans certains corps de troupes :

« Lorsqu'un homme en faction me signale de loin sa présence par une longue clameur dit ordre, j'estime que c'est un excès de zèle. Cette manière de faire n'aurait de sens que si le supérieur pouvait écouter patiemment toute la consigne et manifester à son égard quelque intérêt... Je veux qu'à l'avenir la sentinelle rende uniquement les honneurs prescrits, en prenant la position à sa place réglementaire, et qu'elle mette l'arme au pied par un maniement d'arme. Avant d'annoncer son nom, son numéro et sa consigne, elle doit attendre qu'elle en reçoive l'ordre du supérieur... Par la même occasion, ajoute l'ordre, je fais remarquer *qu'il est également faux que chaque soldat en service commandé, rencontré dans les rues d'un village, annonce sa fonction à tout supérieur qui passe*<sup>1</sup>. Cette formalité n'a de sens que dans le cadre de l'unité, exercée envers le sergent-major ou les officiers de cette unité. Lorsque les officiers supérieurs l'exigent, ils produisent l'impression de vouloir s'ingérer dans le service de détail de cette unité ».

En règle générale, l'ordre limite au service en campagne la nécessité de l'indication de sa mission faite par un homme à son supérieur.



## Médecine et chirurgie de guerre.

A PROPOS D'UN EFFORT INTÉRESSANT.

Dans l'œuvre de guerre, les soldats, j'entends par là les militaires de tous grades, du simple fantassin au général en chef, n'ont pas toujours attribué au service de santé la place importante qui lui revient. Quel est son rôle considéré d'un point de vue très général ? Voyons la part qui lui revient dans l'acte total de guerre.

Le but du commandement ne peut pas se borner exclusive-

<sup>1</sup> Il y a là une faute de traduction. Le fait n'est pas faux puisque l'ordre s'élève premièrement contre sa réalité. Le texte allemand dit que le général considère comme une erreur d'exiger que chaque soldat, etc.

ment à la destruction de l'armée ennemie. Il doit tendre aussi à conserver à son pays les moyens efficaces d'imposer sa volonté au moment où prendra fin la lutte.

Vain combat que celui qui « *finit faute de combattants* ».

L'on peut donc sommairement déterminer de la façon suivante l'effort à réaliser pendant une campagne.

1° D'une part : *a*) détruire le plus possible de matériel de guerre ennemi (armes diverses, canons, protections de tous genres, ravitaillement d'armée, usines de guerre, etc.) ;

*b*) anéantir ou neutraliser (tués, blessés, prisonniers) la plus grande quantité possible du personnel combattant adverse ;

2° D'autre part : *c*) maintenir en état, conserver ses propres armes, son propre outillage ; les développer par la fabrication, l'adaptation, l'achat ;

*d*) protéger, soigner, récupérer son propre personnel soit de combat, soit de réserve, soit auxiliaire (ouvriers d'ateliers militaires, d'usines, etc.).

C'est cette dernière part qui revient presque entièrement au service de santé. Je dis presque entièrement, car évidemment, le général doit, lui aussi, *protéger* ses troupes en ne les exposant pas inutilement, en ne les faisant pas avancer sans les aider de la puissance matérielle nécessaire. Quoi qu'il en soit, l'on voit que, à considérer les choses comme nous le faisons ci-dessus, un rôle extrêmement important dans l'œuvre de guerre est imparti au service de santé. Il coopère largement à donner au pays, après les combats, le moyen d'imposer à l'ennemi sa volonté.

\* \* \*

Tout acte social collectif doit être systématisé ; toute action générale tendant vers un seul but doit être univoque, coordonnée. Jusqu'ici les efforts des médecins militaires avaient conservé, dans l'ensemble du moins, un caractère trop personnel. Les alliés ont appris en pratique, par une longue expérience de la guerre, la valeur de la coordination dans l'œuvre de destruction des forces ennemies. Ils ne pouvaient pas ne pas souhaiter l'uniformité, la coopération, dans l'œuvre de conser-

vation, de protection, de récupération de leurs propres forces.

Une immense expérimentation médico-chirurgicale s'est faite depuis trois ans sur tous les fronts. Expérimentation précieuse entre toutes : *in vivo*. Il était désirable de réunir tous ces éléments de connaissance dispersés, de les comparer, de les discuter, de les mesurer et d'essayer d'en dégager des conclusions fermes, des lois sinon universelles, du moins générales. Chaque médecin, chaque chirurgien, ou tout au moins chaque école, a sa méthode, ses procédés de traitement en quoi elle a confiance et qui guérissent, cela va sans dire. Mais parmi ces procédés et ces méthodes, n'en est-il pas de meilleurs les uns que les autres, donnant un pourcentage plus grand de guérisons, amenant une restauration plus complète, favorisant une récupération plus rapide du personnel blessé, soit pour le front, soit pour l'industrie de guerre, soit même uniquement pour la vie sociale à venir de la nation. S'ils existent, ces moyens, il est souhaitable de le démontrer de façon évidente, afin de permettre leur généralisation, d'amener chaque chirurgien à les étudier et les utiliser à son tour.

Cette tendance à l'amélioration de la pratique de leur art et de leur science se marque chez les médecins, en temps de paix, par la réunion de nombreux congrès internationaux où se manifeste la consciencieuse probité de la profession. La guerre avait interrompu le fil normal de la vie scientifique. Les services de santé des armées alliées viennent de le renouer et leurs travaux communs ont produit, dès les premières séances, des résultats remarquables.

Comme on le verra plus loin, la chirurgie a eu tous les honneurs de ces discussions. N'est-ce pas un peu exclusif ? Mais nous n'avons pas à juger ici. Nous devons nous contenter de signaler à l'attention cette très intéressante manifestation et à indiquer rapidement les décisions acquises.

\* \* \*

D'abord une question d'ensemble fut envisagée. Quels sont les principes généraux de la conduite à tenir, en présence des blessures de guerre, en vue de lutter contre l'infection ? Il s'agit là d'un problème qui fut très discuté, parfois même âprement.

La conférence admet que les soins chirurgicaux, aux postes de combat, dans les tranchées, doivent être réduits au strict minimum, c'est-à-dire parer aux dangers de mort immédiate, tels que l'hémorragie grave, par exemple, après quoi protéger simplement la plaie par un pansement contre les contacts étrangers, et évacuer le blessé, aussi rapidement que possible, vers les hôpitaux, à quelques lieues (10 à 20 km.) du front. Telle est la pratique que l'abondante expérience déjà faite depuis trois ans a prouvée la meilleure.

A l'hôpital, la plaie sera débridée, nettoyée, stérilisée, fermée plus ou moins rapidement. Pour régler ce dernier point, le chirurgien sera guidé par le laboratoire. Car la conférence veut que chaque hôpital ait son laboratoire de recherches sérieusement outillé et que le blessé soit étudié complètement, non seulement au point de vue spécial de sa plaie, mais au point de vue de sa physiologie générale : examen du sang, défense humorale, etc. Ceci a amené les praticiens à désigner entre autres les meilleurs moyens de recherche des projectiles, à étudier les appareils de radioscopie.

Passant aux complications des blessures de guerre en général ils ont particulièrement envisagé les causes du shock traumatique et ses remèdes, puis la gangrène gazeuse, ce fléau des salles chirurgicales. Ils ont reconnu diverses circonstances qui semblent favoriser l'éclosion de ce mal (telles la présence dans les plaies de débris étrangers, les gros fracas osseux, un garrot trop longtemps appliqué, et le retard dans l'intervention chirurgicale) et préconisé les mesures les plus propres à éloigner le danger et à lutter éventuellement contre la propagation de la maladie.

Un des points les plus sujets à controverses en chirurgie militaire fut de longtemps l'amputation. Aux uns l'on reproche d'user trop facilement de ce remède héroïque; à d'autres, de s'y résoudre trop tardivement. Quand ? Pourquoi ? Comment ? Quelles raisons peuvent la décider ? Une seule, répond la conférence. L'on ne peut amputer un membre que si sa conservation doit causer la mort du blessé ou bien si la perte de ce membre est indiscutablement fatale (broiement, arrachement, gangrène, infection invincible).

Suivent les règles qui doivent guider le chirurgien dans la

pratique de l'amputation : un code très détaillé et d'une précieuse spécification, étant donné qu'il est le fruit d'une expérience si nombreuse et de praticiens particulièrement autorisés.

Nous passons sur le chapitre de la prothèse pour en arriver au traitement des fractures. Celui-ci a été considéré à ses divers temps : premiers soins au poste de secours, transport du blessé, cure à l'hôpital définitif. Toutes les fractures ont été étudiées systématiquement : fractures fermées ou à ciel ouvert, fractures des divers os ; c'est un chapitre complet et singulièrement précieux.

Sont passées en revue successivement les plaies des articulations, des artères et des veines, des nerfs, de la moelle épinière, du cerveau. Ici quelques points sont en litige, tels que la suture primaire ou secondaire. Vient ensuite l'examen des documents accumulés sur les plaies pénétrantes de la poitrine et leurs complications (qui causent 20% de mortalité dans la zone des armées) ; enfin le traitement des blessures de l'abdomen (à opérer systématiquement dans la plupart des cas).

\* \* \*

Nous n'avons pu qu'effleurer rapidement les sujets traités par la conférence. Mais nous voudrions avoir démontré l'importance primordiale de ce congrès et l'influence définitive qu'il aura sur l'avenir de la chirurgie militaire. Les conclusions dégagées par tant de praticiens savants et consciencieux d'une accumulation aussi grande de faits expérimentaux précis, systématiquement coordonnés, semblent destinées à devenir des lois universellement admises pour le plus grand bien des blessés de guerre. Elles devront servir de guide à tout chirurgien militaire soucieux du sort de ses patients. Elles fixeront, sans doute pour longtemps, des règles bienfaisantes et précises sur lesquelles les services de santé militaires de tous pays devront être parfaitement renseignés s'ils veulent remplir leur double mission : mission générale humanitaire de soulagement et de défense de la vie ; mission spéciale dans l'action de guerre ; récupération du matériel humain pour assurer, dans leur domaine, la conservation des forces combattantes de leur pays et le moyen d'imposer sa volonté à l'ennemi.

Les résultats acquis par la Conférence chirurgicale de guerre des Alliés valaient d'être épinglés ici.

*D<sup>r</sup> A. S.*