

Zeitschrift: Revue Militaire Suisse
Herausgeber: Association de la Revue Militaire Suisse
Band: 51 (1906)
Heft: 9

Artikel: À la section militaire du Congrès de médecine de Lisbonne (avril 1906)
Autor: Yersin, C.-G.
DOI: <https://doi.org/10.5169/seals-338477>

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: 07.01.2026

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

A LA SECTION MILITAIRE

DU

Congrès de médecine de Lisbonne (Avril 1906)

Compte rendu synthétique et résumé des rapports officiels
par le major C.-G. YERSIN

Avant-propos.

Je pense être utile à mes camarades de l'armée, en donnant ici un court aperçu des travaux de la section militaire de ce Congrès. Je m'adresse surtout aux jeunes médecins qui, animés du noble amour de l'art militaire, pourraient se trouver parfois rebutés par la sécheresse de l'étude des règlements.

En maintes circonstances, en effet, les prescriptions réglementaires peuvent paraître un cadre trop étroit et trop rigide pour l'activité complexe de l'art médical. Mais j'espère arriver à montrer à ceux qui me suivront jusqu'au bout, que cette rai- deur et cette aridité ne sont que l'expression concrète et concise des théories régnantes sur le fonctionnement du service de santé. Cette proposition se déduit naturellement de la compa- raison des opinions énoncées ci-dessous. On pourra constater en outre que bien des améliorations considérées comme désira- bles dans beaucoup d'armées, sont réalisées déjà dans le der- nier Règlement du service de santé pour les troupes suisses.

Par souci de la brièveté, je supposerai connues les dispositions de ce règlement¹, en faisant toutefois observer que les organi- sations sanitaires des armées étrangères diffèrent sensiblement. Très complètes, mais très compliquées dans certains pays, elles sont insuffisantes et fragmentaires en d'autres. En Suisse, elles ont été remarquablement simplifiées et offrent, dans plusieurs

¹ On trouvera les renseignements désirables dans le Règlement sur le service de santé et dans l'Instruction pour les états-majors.

branches du service, l'inestimable avantage d'être interchangeables.

Trois questions principales ont fait, à Lisbonne, l'objet de rapports officiels. Ce sont :

- 1^o Organisation du service de santé de l'avant ;
- 2^o Chirurgie de guerre au poste de secours ;
- 3^o Education militaire du médecin d'armée.

Je me propose de donner ici l'impression générale qui résulte de la lecture et de la discussion de ces travaux. On ne devra donc pas s'étonner d'y retrouver les idées de leurs auteurs, beaucoup de leurs phrases et jusqu'à leurs expressions mêmes, car lorsqu'une chose a été bien dite, il n'y a aucune raison de la dire autrement.

CHAPITRE PREMIER

Organisation du service de santé de l'avant¹.

Dans tous les pays, les gouvernements se sont efforcés de mettre le service de santé des armées à la hauteur des exigences modernes. C'est par le perfectionnement de son organisation qu'on atteint le mieux le but, car, selon Piroffoff : « Le succès du service de santé dépend de son organisation² » et le maréchal Bugeaud, philosophe distingué autant que grand militaire dit : « En face de l'ennemi, l'honneur, l'exemple des chefs et le drapeau font des prodiges, mais, à part cela, seulement la perfection du mécanisme du service médical militaire peut assurer l'emploi des moyens efficaces et sensés de conservation pour une armée³. »

La tâche du service de santé de l'avant est complexe. Le colonel Imbriaco la fixe comme suit :

- 1^o Pourvoir les blessures d'un pansement exclusif et absorbant ;

¹ Rapporteurs : 1^o Generalarzt Kern, Berlin. — 2^o M. P. Gomez Gonzalez, inspecteur de santé militaire du 1^{er} corps d'armée (Séville). — 3^o M. P. Imbriaco, colonel-médecin, directeur du service de santé du VIII^e corps (Florence). — 4^o Lieut.-méd. Giaô, du 4^e rég. cavalerie, Lisbonne.

² Giaô, Rapport.

³ Nunez, Education du médecin d'armée.

2^o Intervenir dans les hémorragies graves et dans les autres cas d'urgence ;

3^o Rendre les blessés transportables, ou du moins, diminuer les risques de transport ;

4^o Evacuer le champ de bataille de la manière la plus prompte.

Pour l'exécution de cette quadruple mission, on a l'habitude de subdiviser le service de santé en trois échelons :

1^{er} échelon : Service régimentaire ;

2^e échelon : Service des ambulances ;

3^e échelon : Hôpitaux de campagne.

Il en est ainsi dans la plupart des armées, sauf en Portugal, où l'on n'a conservé que deux échelons :

1^o Service régimentaire ;

2^o Hôpitaux de sang¹.

I. — *Service régimentaire.*

Chargé de donner les soins aux blessés pendant le combat, le personnel de santé du régiment aménage de petites stations sanitaires, où sont dirigés, transportés et pansés les hommes atteints. Suivant les pays, on appelle ces installations postes de secours, place de pansement de troupes, *Hilfsplätze* ou *Truppenverbandplätze*.

C'est ce premier échelon qui est certainement le plus discuté, tant dans son fonctionnement que dans son personnel et son matériel.

« Les uns le voudraient très rapproché de la ligne de feu (800 à 1000 m.) ; les autres l'en voudraient très éloigné, par suite du pouvoir vulnérant des armes modernes (3000 à 4000 mètres)². D'autres, enfin, ne pensent pas qu'aucune distance doive être fixée, le poste s'établissant pour ainsi dire automatiquement là où les blessés s'amoncellent pour se mettre à l'abri, en formant ce qu'on appelle des « nids de blessés ».

Le nombre des postes par unité est aussi sujet à controverse. En Amérique et en Autriche, on admettait un poste par brigade, de manière à utiliser une plus grande concentration des res-

¹ M. Giaô, Nom traditionnel dans l'armée portugaise.

² Imbriaco.

sources. Dans la plupart des pays, on recommande le poste par régiment.

Mais la largeur des fronts du combat¹ moderne et la profondeur de la zone dangereuse, apportent des obstacles considérables au fonctionnement normal du poste régimentaire.

D'après les expériences du champ de bataille² et selon la théorie de Wolozkoï, c'est entre 800 et 1000 mètres que tombe le 50 % des projectiles ; mais, entre 2 et 3000 m., arrive encore le 25 % des coups, parce que, dans l'émotion du combat, le soldat tire trop haut. En sorte que, à moins d'abris suffisants, il n'est pas possible de s'installer et de faire de la chirurgie dans un milieu si inhospitalier.

D'autre part, le besoin de soutien moral que ressent le soldat, les sentiments d'humanité, l'honneur militaire des médecins, l'exemple des maîtres Larrey, Percy et tant d'autres, qui ont donné des secours au blessé « là où il était gisant », tous ces motifs rendent nécessaire une assistance rapide aux hommes tombés.

Aussi, pour toute la phase de combat qui correspond à la recherche de la supériorité du feu, maints auteurs³ proposent qu'on renonce à cette formation trop vulnérable et trop massive qu'est le poste de secours et qu'on organise, par bataillon, des postes de secours plus petits, plus mobiles et plus susceptibles de profiter de tous les abris. Le personnel de ces postes se portera vers les nids de blessés et les secourra avec les ressources à sa disposition, le plus souvent au moyen du paquet de pansement individuel. C'est là ce que propose Nimier⁴ avec ses postes mobiles de secours ; c'est ce que Giaô⁵ comprend sous le nom de « détachement sanitaire avancé » et c'est ce qu'ont pratiqué les Japonais qui envoient une partie de leur personnel sanitaire opérer dans l'avant-ligne. C'est là aussi ce que souhaite Imbriaco⁶ quand il dit : « ...Dans les guerres futures, on devra viser au plus grand dissémination et non à la concentration des ressources sanitaires. »

¹ Guerre sud-africaine. Campagne de Mandchourie.

² Plewna.

³ Particulièrement le général Kern, et le directeur de santé Nimier.

⁴ Nimier, Chirurgie au poste de secours.

⁵ Giaô, Organisation du service de santé.

⁶ Loc cit.

Peut-être, cependant, dans certaines conditions particulièrement favorables de terrain ou dans les moments de pause ou d'accalmie du combat, pourra-t-on établir un poste régimentaire normal.

Ce sera là une question de coup d'œil et de jugement où pourront se manifester les aptitudes militaires des directeurs des services de santé. Car ce sont bien les médecins qui doivent fixer, d'entente avec le commandant, le temps et le lieu de l'installation du poste de secours. Ce n'est pas l'affaire des officiers des état-majors qui, à ce moment, auront d'autres occupations.

Si le poste régimentaire peut et doit être placé, c'est pendant l'action. Après, il n'aurait de raison d'être que si une ambulance n'a pu s'établir à proximité comme place de pansement principale. Vouloir conserver simultanément et à peu distance ces deux formations, serait, dans la plupart des cas, gaspiller du temps et du personnel et imposer aux blessés un stationnement et des manipulations aussi inutiles que douloureuses auprès du 1^{er} échelon. C'est dans cet ordre de vues que certains règlements prescrivent que toutes les fois que cela est possible l'ambulance renforce le poste de secours. Mais, dans les conditions nouvelles, c'est le contraire qui est le plus rationnel et il faut admettre que, dans la plupart des cas, les blessés seront dirigés tout d'une traite depuis la zone battue jusqu'au deuxième échelon, sans se préoccuper trop qu'ils aient, ou non, été pourvus d'un pansement¹ par le personnel régimentaire.

Quant à l'activité chirurgicale des médecins au poste de secours, nous n'en ferons pas mention ici, ce sujet étant exposé plus loin. Qu'il suffise de se bien pénétrer que cette chirurgie ne saurait être que très sommaire.

L'enlèvement et le transport des hommes tombés est une des tâches essentielles du service de santé des corps de troupes. Dans certaines armées, on affecte à ce travail du personnel de ligne qu'on protège², à cette occasion, par le port d'un brassard. Pendant l'action, ce transport est rarement possible. On l'exécute au moyen d'équipes de porteurs munis de brancards dont les modèles diffèrent suivant les pays ou la mode. Bien des gens inoccupés passent leur temps à y chercher des perfection-

¹ Organisation du service de santé.

² La nouvelle Convention de Genève ne dit plus « neutralise », mais « protège ».

nements qui ne sont pas toujours heureux. Et ce sont là toujours des moyens imparfaits, d'un emploi très lent et d'un faible rendement.

Des esprits ingénieux ont cherché à établir par le calcul le temps nécessaire à une équipe de brancardiers pour franchir la distance entre l'endroit où l'homme est tombé et le poste de secours. Les données du problème sont si variables qu'on ne peut rien en tirer de certain. Le colonel Imbriaco estime à 40 minutes par brancard et 36 minutes par voiture le temps qu'il faut pour transporter un blessé jusqu'à un poste situé à 1000 mètres en arrière. De calculs faits en Allemagne, il ressort qu'il faut une heure à peu près à une équipe de brancardiers pour rendre le blessé à sa destination. C'est un chiffre simple à retenir et qu'on pourra utiliser pour fixer approximativement le rendement des brancards d'une unité. En se basant à peu près sur les mêmes chiffres, M. Nimier fixe à 18 heures le temps qu'il faudrait pour évacuer le champ de bataille d'un corps d'armée¹.

Or, ce temps est trop considérable pour permettre au personnel régimentaire de rester en liaison avec son unité. Pour accélérer, on essaye d'employer des voitures. Le général Kern propose l'adoption de voitures à blessés, légères, à quatre roues et à deux chevaux². Un des chevaux est muni d'un bât sur lequel on pourra charger une caisse à pansement pour les cas où, la voiture ne pouvant s'avancer, il est urgent de dispenser certains secours. Dans l'armée portugaise, on a organisé des colonnes de transport composées de voitures et munies de brancards et qui, s'avançant contre le champ de bataille, servent à évacuer les blessés incapables de marcher³. En Suisse, la voiture régimentaire pourrait servir à un but semblable. On rencontrera, du reste, toujours de grandes difficultés à faire admettre par les états-majors une pareille augmentation du train de combat. Aussi le tâche du personnel du 1^{er} échelon est-elle parmi une des plus difficiles qui soient, en compétition permanente entre les intérêts de la guerre et ceux de l'humanité.

¹ Nimier, Traitement des blessures de guerre.

² Organisation du service de santé.

³ Ne pas confondre ces colonnes avec les colonnes de transport suisses, qui ont une autre destination.

Les difficultés sont moins grandes au 2^e échelon dont nous allons parler maintenant.

2^e échelon. — Il est constitué par des unités sanitaires composées d'un personnel, de voitures et d'un train et variant suivant les armées comme effectif et comme distribution. Ces unités forment ce qu'on appelle généralement des ambulances et établissent des places de pansement principales¹.

Elles sont reliées au 1^{er} échelon par un va et vient de voitures d'ordonnance ou de réquisition provenant soit de leur propre train (chars à blessés), soit des colonnes du train de bagages ou des voitures des lazarets (lazaret de corps suisse) ou encore des colonnes de transport.

On choisit, pour installer une place de pansement principale, un groupe de bâtiments, un village offrant des ressources suffisantes en locaux, en eau, etc.

Les conditions énumérées, à ce sujet, par les règlements sont très précises, mais parfois embarrassantes par leur contradiction. Il faudra, dans le choix de l'emplacement, faire preuve de tact, de jugement et de décision ; les abriter autant que possible du feu de l'artillerie et de les rapprocher des gares ou des ports qui facilitent les évacuations. Dans nos pays, il n'est en général pas difficile de trouver des emplacements convenables.

L'ambulance est pourvue d'un matériel de pansement considérable et d'un personnel médical en nombre, toujours trop restreint pour la besogne écrasante qui lui incombera.

Si l'on essaye de fixer par le calcul le nombre des blessés qu'aura à soigner et à transporter le personnel du II^e échelon, on arrive à des chiffres approximatifs qui, basés sur les données des guerres précédentes, se trouvent à peu près vérifiés par les résultats de la guerre de Mandchourie.

Ainsi, une division de 14,000 hommes subit le 25 % de perte totale, soit 3500. Sur ces 3500, 20 % sont tués soit 700, restent 2800 blessés. Sur ces 2800, 50 %, c'est-à-dire 1400, peuvent marcher et seront pansés soit aux postes du 1^{er} échelon, soit plus tard, à l'ambulance. Il reste encore 1400 blessés incapables de marcher et qu'il faut transporter et soigner à l'ambulance. C'est donc au moins 1400 pansements à faire, sans compter les opérations. A raison de 4 pansements à l'heure, chiffre

¹ Il y a pour ces objets des dénominations multiples. C'est là, comme du reste, dans toute la science militaire une cause d'erreurs et de confusion.

moyen adopté, il y a, par division, pour 350 heures de travail pour les médecins des ambulances.

Avec l'organisation italienne¹, il y en aurait pour 3 $\frac{1}{2}$ jours. Avec les moyens que possède la division suisse, et à supposer, ce qui ne sera presque jamais le cas, que tous les médecins des trois ambulances divisionnaires puissent travailler simultanément, cela demande à peu près 15 heures.

Voilà donc toutes les ressources sanitaires de la division immobilisées pendant une journée ou peu s'en faut. Or, la division doit marcher et ne peut se passer de son lazaret. C'est pourquoi les règlements prescrivent que les blessés restants sont alors évacués sur des unités du 3^e échelon.

M. l'inspecteur Nimier² et M. le lieutenant Giaò montrent tous les inconvénients de cette manière de procéder et qui sont les suivants :

1^o On fait ainsi rejoindre la division par un personnel et un train sanitaires fatigués par de longues heures de travail et sans leur accorder le repos nécessaire.

2^o La remise de quelques centaines de blessés, des notes et des renseignements qui les concernent, demande un temps très long et est une cause de gaspillage de forces qui seraient mieux employées autrement.

3^o Des pansements sont inutilement défaits, puis refaits par les nouveaux arrivants, parce qu'on manque souvent de renseignements et parce que les malades qui voient à ces changements un gage de guérison y incitent les médecins.

4^o Les blessés atteints aux cavités splanchniques ne peuvent que voir leur état s'aggraver si on les transporte à nouveau.

Aussi, dans l'intérêt du service et des blessés, et en vue de l'économie de forces et du matériel, serait-il désirable que toute ambulance restât en fonctions jusqu'à évacuation de son dernier malade sur les services de l'arrière³, et qu'elle fût remplacée dans l'ordre de bataille de sa division par un élément du 3^e échelon. Pour cela, il faut que les unités du 2^e et du 3^e échelons soient petites, mobiles, semblables et interchangeables. Voilà ce que demandent les conditions modernes de la guerre.

¹ *Imbriaco.*

² Nimier. *Traitemet des blessures de guerre.*

³ Schindler. *Le Caducée* 1902.

C'est ce qu'on a admis dans la nouvelle organisation de l'armée portugaise où, par simple arrivage de la « colonne d'hospitalisation », l'hôpital de sang qui correspond à l'ambulance divisionnaire, devient hôpital de campagne¹. C'est ce que nous avons en Suisse où nos unités du 3^e échelon (Lazaret de Corps) peuvent remplacer toute ambulance de division puisqu'elles ont la même composition et puisque la transformation d'une place de pansement principale en hôpital de campagne est réglementairement prévue.

3^e échelon : Hôpital de campagne ou de camp ; Feldlazaret.

Nous avons vu que c'est aux unités du 2^e échelon qu'est dévolu le rôle de remplacer les ambulances, afin de permettre à celles-ci de rejoindre leur unité. Nous avons vu aussi qu'il serait préférable que l'ambulance pût continuer à soigner ses blessés et fût remplacée auprès de sa division par des formations sanitaires du 3^e échelon. Mais, dans la plupart des armées, les hôpitaux de campagne ont une organisation trop lourde et trop peu mobile pour convenir à l'armée d'opération. Et même, tout le monde n'est pas d'accord pour admettre, en vertu de leur interchangeabilité, ce remplacement l'un par l'autre des éléments du 2^e et du 3^e échelon. — On prétend que ces deux organismes poursuivent des buts trop différents pour que leur fusion ne soit pas une « alliance monstrueuse ». On fait observer que l'ambulance est surtout « un atelier d'emballage doublé d'un bureau d'expédition », tandis que l'hôpital de campagne a un caractère beaucoup plus prononcé de stabilité, par suite de la catégorie spéciale de blessés qu'il a à soigner.

D'autre part, les inconvénients du transfert et du transport des blessés à un nouveau personnel ou en d'autres locaux, ont été déjà signalés. Ces inconvénients se haussent au degré de l'impossibilité pour les blessés dont les plaies intéressent les cavités splanchniques et pour lesquels un déplacement peut être fatal.

Si l'on compare donc les avantages et les désavantages des deux systèmes, on reconnaîtra qu'il est préférable de s'en tenir au principe de l'interchangeabilité des unités dans l'ordre de bataille.

Mais pour que l'ambulance puisse devenir un hôpital de cam-

¹ Giaò. Les colonnes d'hospitalisation comprennent des voitures avec du matériel de literie, des étuves à désinfection, des appareils à radiographie, etc.

pagne, il faut qu'outre du matériel de pansements et d'instruments perfectionnés, elle possède un personnel médical à la hauteur des grandes interventions chirurgicales et capable de pratiquer avec dextérité les opérations dont on a vu les dangers lorsqu'elles sont pratiquées par des mains inhabiles (guerre du Transvaal.)

Au bout de quelque temps, et lorsque le calme se sera rétabli, afin de permettre à l'hôpital de campagne de suivre l'armée d'opération, on pourra remettre, méthodiquement et tranquillement, les malades aux soins des Sociétés de secours volontaires. C'est là que ces sociétés « doivent cueillir leurs lauriers ». Leur zèle et leur activité les poussent souvent, comme en Mandchourie, à se charger du service de la première ligne. Mais on ne peut l'admettre que là où ce service est défectueux. Partout ailleurs, il n'en peut résulter que confusion et conflits de compétences.

Il faut encore insister sur un progrès qui doit se généraliser et qui est réalisé déjà dans les armées italiennes, japonaises et suisse. Il faut arriver à l'autonomie complète du service de santé et à l'élévation des médecins militaires au grade d'officier.

Les campagnes du Premier-Empire, les guerres de Crimée, d'Italie et celles de 1870-1871 ont montré les inconvénients innombrables de la sujexion du service sanitaire à l'administration et ceux de la fausse situation des médecins, ni soldats, ni civils, mais fonctionnaires. Si on veut que le service de santé rende son maximum d'effet, il faut qu'il ait ses officiers, son matériel et son train bien à lui, et alors on pourra le rendre responsable de l'exécution du service. Autrement, cela ne sera ni juste ni possible.

II

Chirurgie de guerre au poste de secours¹

La nécessité de secourir les blessés résulte non seulement des sentiments de pitié et d'humanité, mais encore de simples considérations économiques. Chaque homme ayant une valeur approximative de 3600 à 4000 francs (c'est le coût moyen de sa nourriture jusqu'à 20 ans), il est de sage administration de faire

¹ Rapporteurs : 1^o M. le médecin principal Nimier, professeur au Val-de-Grâce ; 2^o Lieutenant-colonel José Barbosa Leão, Lisbonne. (Ce dernier rapport est à la base de ce travail.)

tout ce qui est possible pour conserver ce capital¹. Malheureusement, les moyens de préservation représentés sur le champ de bataille par le personnel sanitaire sont insuffisants, car le nombre des blessés est très grand. Au commencement du XIX^e siècle, le chiffre des pertes s'élevait au 25 à 30 % de l'effectif. Actuellement, il se maintient encore aux environs de 18 à 20 %. Et sur 100 chances, le soldat en campagne en a 18 d'être touché. Sur ces 18, il en a 3 d'être tué, 3 d'être grièvement blessé et 12 de l'être légèrement. L'abaissement relatif de la mortalité totale est due à l'adoption d'armes de petit calibre lançant des projectiles peu déformables et au traitement précoce et rapide des plaies par la méthode antiseptique.

Suivant le colonel Leaò, l'introduction de ce projectile, dit humanitaire, est due aux trois causes suivantes :

1^o La valeur réelle de l'homme est de mieux en mieux connue.

2^o Les désastres économiques résultant des tueries du champ de bataille sont mieux appréciés à leur juste horreur.

3^o Les blessés étant plus encombrants que les tués, il faut augmenter pour l'ennemi cette catégorie d'impédimenta.

N'est-il pas plus probable que des considérations techniques et balistiques ne sont pas étrangères aux diverses propriétés de la balle moderne, dont les qualités humanitaires pourraient bien être venues par surcroît. En effet, au-dessous de 600 mètres, ce projectile produit des effets explosifs affreux dans les organes peu compressifs tels que le foie, le cœur et le cerveau. On peut observer des orifices d'entrée et de sortie très petits, alors que les viscères sont réduits en bouillie. Dans les organes élastiques ou peu résistants, le projectile de petit calibre se fraie un passage généralement rectiligne et qui se guérit rapidement par simple occlusion des orifices. Quoique Tavel ait démontré que, théoriquement, tous ces trajets sont infectés, en pratique, la meilleure chirurgie est celle qui y touche le moins et ce savant professe que « moins on fait, mieux on fait ». Avec la balle de 6,5^{mm} et à grande vitesse des Japonais, on a vu des soldats atteints de blessures considérées jusqu'ici comme mortelles, faire encore plusieurs kilomètres à pied et se guérir tout de même. Mais ces faits ont été relatés dans tous les journaux

¹ Leaò, loc. cit.

scientifiques et même politiques et il est inutile de perdre du temps à les décrire minutieusement. Toujours est-il que le nombre des tués est très grand et que la plus forte proportion des blessures se produit à des distances que n'atteignaient pas les anciens projectiles. En sorte que le résultat final est dû bien plus aux changements imposés à la tactique par les armes nouvelles qu'à des propriétés intrinsèques et bienfaisantes de la balle actuelle. Du reste, si l'on veut inventer des méthodes philanthropiques de détruire son semblable, il faudrait chercher à apprivoiser quelque peu la munition d'artillerie, dont la dernière guerre a montré les effets terribles. Mais ce serait allonger inutilement que de développer ici ces idées. Qu'il suffise de les signaler et de se bien persuader que la guerre est une chose grave ; qu'il ne faut la faire qu'à bon escient et ne pas y mêler des considérations sentimentales qui ont leur place ailleurs.

Quoi qu'il en soit, les plaies qui ne sont pas immédiatement mortelles, ne le deviennent le plus souvent que par suite d'infection. Et c'est la méthode antiseptique qu'il faut opposer à cette complication. Il faut l'opposer rapidement et rigoureusement. C'est von Bergmann, le premier, qui dans la guerre russo-turque de 1877 a traité les blessures par les procédés de Lister¹. Il employait les lavages à l'eau phéniquée, et les enveloppements à la ouate salicylée. Les résultats dépassèrent tout ce qui s'était vu jusqu'alors. A la même époque, dans l'armée roumaine, Reiher s'inspirant des mêmes principes, abaisse la mortalité de 85 à 16 %. L'emploi de l'iodoforme constitue un nouveau progrès et, dans la guerre gréco-turque, la léthalité tombe à 1,94 %. Dans l'armée japonnaise, en 1904 et 1905, il n'y a que le 7,49 % des blessés dirigés sur les hôpitaux qui ait succombé².

Actuellement, la méthode antiseptique est partout adoptée et les avis ne diffèrent que sur le mode d'exécution. Les uns préconisent l'antisepsie, c'est-à-dire un lavage de la plaie et de la peau avec des solutions désinfectantes, les autres préfèrent, à cause de sa rapidité, la simple asepsie réalisée par l'occlusion hâtive des plaies au moyen d'un pansement stérilisé. Ce dernier procédé est le plus simple, et comme ses résultats sont égaux, sinon supérieurs à ceux obtenus par les irrigations et autres

¹ Toutes ces considérations historiques sont tirées du beau rapport du colonel Leaò.

² Koïke, Inspecteur général des armées japonaises. Sem. méd. 18, vii, 06.

manipulations de l'antiseptie, c'est à lui qu'il faut recourir en campagne.

L'expérience¹ a démontré en effet, que l'application immédiate d'un pansement compressif, propre et absorbant, suffit pour assurer une guérison exempte de complications. Bien plus, on a remarqué que souvent des tentatives agressives de désinfection ne faisaient qu'entraver la marche normale de la réparation des tissus en contrariant les moyens naturels de défense de l'organisme et que dans l'impossibilité où l'on se trouve de réaliser une stérilisation complète de toutes les anfractuosités des plaies, le mieux était de s'en tenir au précepte de Tavel. La formule actuelle est donc : « Occlusion et repos ». En tous cas, que ceux qui approchent des blessés soient bien persuadés qu'il vaut mieux être abstentionniste qu'interventionniste sans propreté.

Quant au détail d'exécution de la méthode, on peut le laisser à l'initiative éclairée des directeurs des services de santé, car c'est là un champ ouvert à tous les perfectionnements. Il suffit d'être bien pénétré de l'essence du principe.

Dans presque toutes les armées, c'est le personnel sanitaire des corps de troupes qui est chargé de relever les blessés et de leur prodiguer les premiers soins. Dans son rapport, le général médecin Kern² en fait une règle absolue : « Die erste Hilfe in Mitte der Kämpfenden ist durch das eigene Sanitäts-Personal und Material der Truppen selbständig zu leisten ».

On a vu que le poste de secours réglementairement affecté à cette tâche ne parviendrait pas toujours à la remplir. « En cas de blessure, il ne faut pas compter sur le poste de secours », déclarent Habart, Mosetig, Mooshof³. — Demosthen renchérit encore : « Avec la portée des armes nouvelles,... il est presque impossible d'installer un poste de secours en rase campagne sur le lieu même de la lutte. Dans de telles conditions, toute action chirurgicale est impraticable et le moins qu'on puisse faire pour un blessé, c'est de ne pas l'exposer à de nouveaux coups ». Ces objections ont de la valeur, aussi propose-t-on⁴ de substituer au poste régimentaire trop volumineux, vulnérable et visible⁴, des formations plus petites plus mobiles et

¹ Recherches de Peobrajanski et résultats de la guerre russo-japonaise (v. Burns).

² Kern. Organisation du service de santé.

³ In Leao loc. cit.

⁴ Kern ; Nimier.

moins exposées. « A la notion généralement admise d'un service régimentaire, il convient de substituer celle d'un service médical par bataillon¹ ». Et l'on aura des postes de secours par bataillon, chose qui n'était acceptée jusqu'à présent que dans certains cas spéciaux (guerre de montagne, détachements, etc.) Ce poste de bataillon fonctionnera :

a) au début de l'action comme poste mobile de surveillance et comme tel il sera chargé de renvoyer au feu les hommes qui s'y soustraient indûment et de diriger en arrière ou de caser en des endroits abrités les blessés qu'il rencontre.

b) Le même personnel fonctionne comme poste mobile de secours suivant la troupe et, chemin faisant, soigne les blessés isolés ou agglomérés qu'il peut joindre.

c) Dès que les circonstances le permettent (cessation du feu, couverts,) ce personnel s'installera comme poste stable de secours.

« Tandis que dans l'esprit de la plupart des médecins cette troisième prescription prime les deux autres, dans la réalité il en sera autrement. Presque de règle, elle échappera à leur zèle, et son exécution incombera au service des ambulances. » (Nimier.)

Ce qu'il faut donc, c'est le soin aux blessés « là où il est gisant », comme l'ont fait Larrey, Percy et tant d'autres, comme l'ont compris les Japonais et comme le demandent l'honneur militaire des médecins et le sentiment du peuple dont les enfants leur sont confiés.

Toutefois, malgré le zèle et le dévouement des médecins, les circonstances du champ de bataille sont si défavorables, que trop souvent encore le blessé ne pourra être secouru comme il le mérite.

De là est né le désir de munir chaque soldat d'un paquet de pansement individuel à utiliser en cas d'urgence.

Admis à l'heure qu'il est par presque toutes les armées, l'adoption de ce pansement n'a pas échappé à diverses objections. Stark et Crawford l'appellent le « malheur du soldat ». Whithelshofer le considère comme « l'expression d'une sentimentalité laïque ». Delorme n'a qu'une complète indifférence pour le paquet du soldat et dit qu'il n'est pour lui « qu'un embarras et pour l'Etat une pure perte ». D'autres, moins sévères, aiment à le trouver, au moment voulu, dans la poche du blessé, car le point sensible est de savoir qui appliquera le pansement.

¹ Nimier. Chirurgie au poste de secours.

D'après M. Benech, « l'application du pansement individuel par le soldat lui-même est une utopie rarement réalisable ». On sait les dangers d'infection que font courir à toute plaie des contacts suspects, tellement que le Règlement allemand interdit à ses brancardiers¹ tout attouchement quelconque des plaies et borne leur rôle au transport des blessés.

Dans les cas les plus favorables ce sera le médecin lui-même qui pourra appliquer ce pansement au moment où il relève le blessé. — Toujours est-il qu'il sera bien préférable de recevoir aux formations d'arrière un homme pansé avec un matériel propre que de le voir arriver avec une plaie recouverte d'un vieux mouchoir de poche sale.

D'autres auteurs estiment même que le pansement individuel ne doit pas être confié au soldat qui pourrait le détériorer, mais se trouver en suffisance au poste de secours et être appliqué là, sous la forme la plus pratique, au moyen de bandes ou d'un agglutinatif quelconque.

Cette question des pansements a été traitée avec assez de détails. Aussi bien est-ce là à peu près toute la chirurgie possible au 1^{er} échelon. Abriter, panser et transporter, c'est ce que l'on peut faire de mieux. Pratiquer d'autres interventions dans un milieu aussi précaire et aussi peu confortable serait aussi incommodé pour les opérateurs que dangereux pour l'opéré. Si l'on excepte l'arrêt ou la modération des hémorragies par compression directe ou indirecte — presque jamais par forcipressure — si on excepte les rares trachéotomies, les injections de morphine ou de caféïne, on constate que la chirurgie du poste de secours, dans les conditions ordinaires, doit se borner à une rapide mise en état du blessé pour le transporter sur le 2^e échelon. Lorsque les médecins des troupes auront réussi à assurer une évacuation dans de bonnes conditions de tous leurs blessés sur l'ambulance, ils n'auront fait que leur devoir, mais ils l'auront fait tout entier.

¹ Qui sont pour la plupart des hommes du rang.

III

Education militaire du médecin d'armée¹.

Le titre même de ce chapitre dispense de parler de l'instruction scientifique du médecin militaire. Il est entendu cependant que cet officier sera muni de toutes les connaissances qu'on réclame d'un médecin civil. En Suisse, tous les médecins militaires étant recrutés parmi des gens possesseurs de leur diplôme fédéral, on est parfaitement assuré d'une formation scientifique suffisante. Peut-être, serait-il à désirer qu'on ajoutât aux branches d'examen l'hygiène militaire, qui est en général trop peu connue.

L'éducation spéciale du médecin d'armée consiste à connaître à fond le milieu dans lequel il exercera son art et à se bien rendre compte des conditions du commandement dont il doit être l'auxiliaire. Cette collaboration exige du médecin une exacte notion des difficultés et des complications de la direction de la guerre. « Connaissant les données de certains problèmes stratégiques et tactiques, le médecin sera mieux à même de proposer la solution la plus rapide et la plus favorable aux intérêts des troupes sans apporter d'entraves à l'exécution des opérations militaires² ».

Dans le monde, on ne se rend pas compte de cette nécessité d'une éducation militaire pour le médecin d'armée et bien des gens mal informés pensent qu'un bon médecin civil en saura toujours assez pour soigner les pneumonies ou les typhus des soldats. Mais, par suite des conditions hygiéniques différentes, résultant de l'agglomération, de la fatigue, de la nourriture spéciale, la pathologie des militaires est différente de celle des civils. Ces faits sont déjà signalés par Chauffard en ces termes : « Toute réunion de soldats engendre ses maladies spéciales. Elles peuvent bien être de même nom que celles qui naissent dans d'autres conditions, mais ce nom commun ne couvre souvent qu'une ressemblance superficielle ». Voilà des paroles aux-

¹ Rapporteurs : 1^o M. Lemoine, médecin principal de 2^e classe, professeur au Val-de-Grâce.

2^o M. Ansel de Tarra-y-Cerezo, Madrid, professeur à l'Académie de Santé militaire.

3^o M. Gongalès Nunes, capitaine-médecin au 1^{er} Art. Lisbonne.

² Lemoine. Loc. cit.

quelles ne contredira pas un seul médecin qui a quelque habitude de la vie militaire.

Ce n'est pas tout. Pour être utile à l'armée, le médecin doit en avoir une connaissance approfondie. « Les conseils de guerre étudiant les plans de campagne, tiennent compte des exigences des artilleurs, des pontonniers. Là aussi, l'*armée sanitaire* devrait faire entendre sa voix¹. » Ces paroles contiennent une part de vérité; du moins faut-il encore que le médecin présent à ces délibérations ait une notion très claire et très précise des possibilités militaires. Il ne peut la posséder que s'il a reçu une forte instruction militaire générale.

C'est le médecin d'armée, en premier lieu, qui décide de l'aptitude du citoyen au service militaire. Plus tard, l'instruction, la préparation à la guerre pour ses méthodes progressives et rationnelles d'entraînement doit se documenter auprès de l'hygiéniste. Que vaudront ses conseils s'il ignore les matières sur lesquelles on le consulte? Il serait semblable à un éleveur de pur-sangs qui n'aurait jamais vu une course.

Lors de l'élosion et de la propagation de maladies infectieuses, c'est au médecin à proposer les mesures propres à les enrayer. Si les moyens qu'il met en avant sont incompatibles avec l'instruction ou la disponibilité des troupes, il n'aura pas su remplir sa tâche avec le tact qu'on doit attendre de lui. Des mesures radicales peuvent être inexécutables et auraient pu être évitées par des précautions prises à temps. « C'est une affaire de science, de tact et de jugement » (Nimier) et dans l'application des mesures hygiéniques, on est obligé de tenir compte des exigences militaires.

Lors de la visite journalière, le médecin a besoin encore d'une exacte connaissance de la collectivité militaire. Etre trop indulgent est un défaut aussi grand que d'être trop sévère. « Se laisser duper avec complaisance est une solution qui ne peut satisfaire personne. Le soldat est un grand enfant, la contagiosité psychique joue chez lui un grand rôle et, sous peine de désorganiser le service, il faut se garder d'une indulgence qui accepte tout, comme d'une sévérité qui ne cadre pas avec la profession ». C'est surtout la veille ou le matin d'exercices fatigants qu'il convient d'être circonspect. C'est là qu'il faut du

¹ Prof. Bard, Genève.

tact et des connaissances militaires afin d'éviter les petits conflits qui surgissent à cette occasion entre certains officiers des troupes et certains médecins. Ces petites difficultés ne se dénouent pas toujours à l'avantage de ces derniers et elles proviennent plus souvent d'incompatibilité de caractère que de déféctuosité dans les institutions. L'on ne saurait du reste s'empêcher de considérer comme une marque d'infériorité, chez un médecin, des récriminations contre son commandant, car si, par sa conduite, son zèle, son savoir, son caractère, le médecin a su inspirer à son supérieur le respect et l'estime que celui-ci est tout prêt à lui accorder, il sera rare que le chef refuse de prêter la plus grande attention aux propositions du directeur de son service de santé. La possibilité de ces frottements démontre que c'est au milieu des troupes que doit se faire l'éducation des médecins militaires.

Mais, en temps de guerre, le rôle du médecin d'armée grandit encore et voici ce qu'en dit le savant Michel Levy : « L'hygiène a un rôle immense aux armées en campagne. Elle peut lutter avec succès contre les causes énergiques d'affaiblissement et de destruction, si elle est admise dans les conseils du commandement, si elle est munie d'initiative et d'autorité. Il n'y a d'utile et de puissant en campagne que l'hygiène ; sans elle, la médecine n'est qu'une lugubre agitation. »

« La conservation des masses, ce problème de chaque jour, a sa solution de tous les jours dans les prévisions lucides de l'hygiéniste... dans la sagesse du chef militaire qui provoque ces conseils pour s'en inspirer¹ ». Il suffit pour se persuader de ces vérités, de relire le rapport de M. l'inspecteur de santé japonais Koïke sur les beaux résultats obtenus à l'armée de Mandchourie, grâce à la stricte observation des prescriptions des médecins.

Mais il y a plus : « La stratégie moderne a tendance à sacrifier une grande partie des forces de l'armée à la rapidité des mouvements, au point qu'il est à craindre que l'avantage conquis par la rapidité des manœuvres ne soit anéanti par le défaut de vigueur des troupes pendant l'action. La stratégie devra donc envisager sans cesse l'état physique et de capacité de son armée et faire entrer cet élément en ligne dans ses combinaisons. » (Widal.)

¹ Lemoine, *Educ. militarie*.

Mais, à la guerre, le chef, avec le souci du commandement, la lourde responsabilité d'une administration complexe, aura assez à faire pour qu'on lui épargne de s'occuper de détails dont un médecin peut obtenir l'amélioration¹.

Pour cela, une grande indépendance, une large initiative et l'autorité sont nécessaires au médecin d'armée. C'est pour cela qu'il faut qu'il soit un militaire (Nimier) et qu'il ait des connaissances tactiques et stratégiques exactes et complètes.

Dans les grades inférieurs du service de santé, les connaissances militaires ne sont pas moins nécessaires.

Les résultats relativement bons obtenus pendant les guerres du Premier Empire par Larrey, Pery, Desgenettes dans l'enlèvement et le traitement des blessés, avaient contribué à jeter un certain lustre sur le corps de santé militaire. Ces succès provenaient non seulement de l'esprit de dévouement colossal qui animait ces héros, mais aussi de ce que, pareils à leurs contemporains des armées, ils avaient l'intuition et l'expérience de la guerre. Ils complétaient ces qualités innées ou acquises par l'étude du milieu où ils pratiquaient. On voit Larrey, primivement destiné à la marine, étudier consciencieusement le milieu tout nouveau pour lui où il va vivre. On sait les succès qu'il y remporta.

Après la glorieuse période napoléonniene, l'art militaire tout entier subit une éclipse notable et la médecine des armées ne brille pas davantage. Malgré des dévouements personnels sans nombre, les résultats déplorables et les charniers de Crimée et de Solférino attestent à quel degré était tombé l'art médical de guerre. En 1870 encore, l'organisation est défectueuse. Le manque de cohésion et de liaison entre les divers éléments du service de santé, une connaissance imparfaite des conditions du champ de bataille et de la guerre, ne permettent pas de tirer des ressources sanitaires tous les services qu'on en attendait. Et l'on reconnut que pour arriver à un rendement suffisant, il faut que les médecins sachent les employer dans les difficiles conditions du champ de bataille.

Ces idées commencent à prévaloir.

Dans la *Réforme de l'armée*, le général Lewal confie la direction des ambulances à un médecin. Dautwitz réclame pour le médecin la connaissance de la situation militaire. Le médecin

¹ Gils, *Le médecin militaire*.

de régiment présent à l'état-major de régiment au moment de la distribution des ordres, se fixe au moyen de la carte sur tous les points contenus dans ces ordres et rédige, pour ce qui le concerne, ceux relatifs au service de santé. En 1893, le colonel Bircher écrit : « Les commandants des grandes unités devraient être familiarisés avec le mécanisme du service de santé. Les médecins militaires d'un grade élevé devraient recevoir une certaine instruction au point de vue tactique. »

Depuis lors, on a été plus loin, et on a même parlé d'une « tactique du service de santé » (Verdy du Vernois). Si le mot peut paraître trop prétentieux, du moins peut-on dire simplement « manœuvres du service de santé ». Et on a vu paraître toute une série de travaux sur ce sujet. Oven, de la garde prussienne ; Loeffler, de l'état-major saxon ; Benech, en France, ont proposé des situations tactiques avec exercices réels ou fictifs du service de santé. Le jeu de guerre lui-même peut parfaitement se prêter à des suppositions de ce genre. En Suisse, nos médecins reçoivent une instruction tactique qui n'est pas sans valeur, pour peu qu'ils prennent de l'intérêt à la chose, et ils ont l'occasion de compléter leurs connaissances dans les manœuvres d'automne des corps auxquels ils sont attachés. C'est l'affaire des directeurs des services de santé, de ne laisser échapper aucune circonstance favorable pour développer dans ce sens, l'instruction de leurs subordonnés. On y arrivera en faisant procéder à des installations réelles de postes de secours et de places de pansements en rapport avec la situation tactique des unités.

Mais pour que cette étude soit fructueuse, il faut que le supérieur sanitaire possède des connaissances tactiques complètes et ait le goût de cette science. La tactique n'est ni très difficile ni très simple. Il n'est pas nécessaire de savoir à fond les moindres détails de l'armement, de l'équipement ou de l'école de section. Une claire et complète notion des manœuvres et des procédés de combat du bataillon, du régiment et de la brigade suffiront le plus souvent, si on possède en même temps le sens du terrain et l'imagination topographique. Que ceux qui ne possèdent pas ces qualités quittent les rangs de l'armée.

Les manœuvres, même incomplètes, ont leur utilité. Elles inculquent au personnel le sentiment de la réalité et des difficultés qu'on y rencontre, et font bien saisir l'importance de ce facteur

important d'affaiblissement qu'on appelle le « frottement »¹ à la guerre. Suivies des critiques des supérieurs, elles provoquent des réflexions et suggèrent des modifications.

Nous avons vu que les changements survenus dans la tactique par l'adoption de nouvelles armes, l'étendue des fronts, la distance à laquelle sont placées les réserves, l'impraticabilité de la zone battue, toutes ces circonstances nouvelles demandent une adaptation nouvelle du service de santé à ces conditions particulières. Sera-t-il encore possible et utile de faire fonctionner un poste de régiment ; ne vaudra-t-il pas mieux n'installer que des postes plus petits et mieux abritables ? Ces questions ne peuvent être tranchées dogmatiquement pour tous les cas. Elles dépendent des circonstances militaires et de la situation tactique. Comment les résoudre si on ne possède aucune idée du déroulement des événements tactiques ?

Ce n'est pas tout. Les qualités qu'on exige de l'officier sont toutes nécessaires au médecin d'armée : courage, discipline, abnégation lui sont indispensables, car la guerre est le domaine du danger, de la solidarité et des fatigues. Il faut donc qu'à un corps rompu à tous les exercices, à la pratique et au goût du cheval, il joigne le sang-froid qui permet la réflexion nécessaire à l'homme de science qui veut et peut considérer les possibilités. Qu'attendre d'un médecin qui perd la tête et dont le cœur tremble avec la main.

Ainsi, c'est un ensemble de qualités assez rares qu'on doit exiger du médecin militaire, si l'on veut qu'il soit à la hauteur de sa mission et si l'on veut qu'il justifie l'apostrophe du duc d'Orléans : « Voilà nos médecins, ce sont des soldats et des savants ». Toutes ces qualités sont de plus en plus difficiles à rencontrer, à une époque où l'adoration du veau d'or menace de tout submerger et où il n'y a de réconfort que dans les nobles exemples de nos prédecesseurs. Que ceux qui se destinent à la carrière de médecin d'armée étudient et méditent l'histoire de la vie du grand Larrey, dont la carrière offrit un tel exemple de courage et de dévouement, que l'Empereur a pu dire de lui : « C'est l'homme le plus vertueux que j'aie connu ».

¹ Clausewitz. Théorie de la grande guerre.

