

Exposé des enseignements tirés de la guerre mondiale et appliqués au service de santé de notre armée

Autor(en): **Hauser**

Objektyp: **Article**

Zeitschrift: **La Croix-Rouge suisse : revue mensuelle des Samaritains suisses : soins des malades et hygiène populaire**

Band (Jahr): **24 (1916)**

Heft 7

PDF erstellt am: **22.07.2024**

Persistenter Link: <https://doi.org/10.5169/seals-554100>

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.

L'autre catégorie est celle des *trains dits semi-permanents*, qui sont de trois espèces: trains ne transportant que des blessés couchés, trains ne transportant que des blessés assis et trains mixtes transportant à la fois des blessés assis et couchés.

Tous ces trains sont chargés aux principales gares d'évacuation et sont dirigés sur la gare régulatrice de l'armée (il y en a une par armée).

Le sous-secrétaire d'Etat du service de santé, qui connaît l'état de tous les hôpitaux du pays et le nombre de lits disponibles dans chaque district, donne des ordres en conséquence aux *Gares régulatrices*. Arrivé à la gare régulatrice, le train est dirigé sur le chef-lieu de la région militaire qui a été désigné par la direction générale du Service de santé. Ça peut-être un jour à Lyon, le lendemain à Brest, le surlendemain à Bordeaux.

La gare du chef-lieu de la région est une *Gare répartitrice*. La direction du Service de santé de la région connaît non

seulement le nombre de lits disponibles dans chacun des hôpitaux qui dépendent d'elle, mais elle sait encore quels sont les médecins spécialistes qui se trouvent dans l'un ou dans l'autre de ces hôpitaux.

Le train est donc déchargé et trié à la gare répartitrice et selon que les soldats ont des blessures à la tête, aux membres ou à l'abdomen, ils sont expédiés sur un hôpital ou sur un autre, de telle façon que chacun reçoive les soins du chirurgien le plus apte à traiter ses blessures.

Grâce à cette organisation rationnelle et simple dans ses grandes lignes, mais infiniment compliquée et minutieuse dans ses détails, les blessés sont assurés de recevoir les meilleurs soins.

Dans l'état actuel des choses, il s'écoule en règle générale *moins de vingt-quatre heures* entre le moment où le soldat a été ramassé sur le champ de bataille et le moment où il se trouve dans son lit d'hôpital. Dans certains cas, des hommes qui ont été blessés le matin sont dans leur lit le soir du même jour. (*Gaz. de Lausanne.*)



Exposé des enseignements tirés de la guerre mondiale et appliqués au service de santé de notre armée

présenté à l'Assemblée générale de la Société centrale suisse de médecine et de la Société médicale de la Suisse romande le 26 septembre 1915 par M. le colonel *Hausser*, médecin d'armée

Jusqu'à présent, la Suisse a été préservée de la guerre! Est-ce à dire que l'on puisse se croiser les bras ou se borner à attendre la cessation des hostilités pour mettre en valeur les expériences acquises durant la guerre actuelle? Certes non! il est au contraire de notre devoir de réunir sans relâche et autant que nous le pourrons, tous les enseignements obtenus et en faire bénéficier notre service de santé de l'armée. Cette tâche ne saurait présenter de bien grandes difficultés, particulièrement aux

organes de ce service de l'armée, puisque nous avons des occasions multiples et variées de voir de près et en détail ce qui se fait dans les institutions sanitaires des armées voisines.

En ce qui me concerne, j'ai eu l'occasion, en novembre de l'an dernier, de visiter Saint-Louis, Fribourg-en-Brisgau, Badenweiler, Schopfheim et Lörrach; puis en décembre, je me rendis à Strasbourg, Offenbach et Geisheim, ainsi qu'à Lyon, Dijon, Paris et Amiens.

Au commencement de cette année-ci, je fus à Constance et de nouveau à Lyon, puis récemment dans le nord de la France et en Belgique. J'ai vu un grand nombre de lazarets de toutes sortes, des installations de gares, de trains sanitaires, des dépôts sanitaires, des pharmacies d'armée, des écoles de mutilés, etc. J'ai eu aussi l'occasion de visiter un camp de prisonniers de grandes dimensions. Je suis heureux de trouver ici une circonstance qui me permet d'exprimer en termes élogieux ma gratitude pour l'accueil aimable et empressé dont j'ai été partout l'objet.

Indépendamment de ces faits personnels, j'ai eu différentes occasions d'accompagner à travers la Suisse des convois de personnel sanitaire, de prisonniers blessés et d'invalides, ce qui m'a permis de m'entretenir à fond tant avec les officiers qu'avec les soldats. Enfin, j'ai reçu un grand nombre de rapports fort intéressants de nos médecins suisses, qui ont fonctionné dans les établissements sanitaires des armées étrangères.

Je tiens d'emblée à tracer le cadre exact de la tâche que je me suis donnée pour aujourd'hui: En me plaçant au point de vue spécialement militaire, je veux faire l'exposé de ce que j'ai vu et de ce que j'ai appris. Mon but est d'exprimer mes impressions au sujet des enseignements que notre service de santé de l'armée peut en tirer en ce qui concerne l'organisation, la tactique et la technique.

Si nous voulons tirer d'utiles déductions des observations qu'il nous a été donné de faire auprès des armées de nos voisins, il faut de prime abord se mettre en garde contre trois tendances:

1° Ne pas admettre que la manière de voir personnelle de tel ou tel chirurgien ou de tel ou tel représentant de la médecine interne ou de l'hygiène.

2° Ne pas généraliser trop hâtivement les observations faites sur des cas parti-

culiers et en tirer des conclusions étendues et engageant l'avenir.

3° Ne pas imiter sans discussion les installations qui ont eu le don de nous plaire particulièrement ni les transporter sans autre chez nous.

C'est précisément sur ce dernier point que je désire insister, car il est souvent par trop facile de faire une simple copie, mais il ne nous faut jamais perdre de vue que les conditions dans lesquelles se trouve notre pays diffèrent considérablement de celles des pays voisins. Je me bornerai simplement à rappeler que très probablement nous ne pouvons nous attendre qu'à une guerre défensive, que notre pays est petit, que les distances sont faibles, que notre sol, en raison de sa nature accidentée et de la multiplicité des obstacles naturels, présente des caractères très spéciaux qui ont leur importance au point de vue tactique et stratégique. Rappelons encore que nos ressources sont loin d'atteindre celles de nos voisins, et que, par conséquent, nous sommes tenus de nous efforcer d'obtenir un résultat maximal à l'aide des moyens les plus simples et les moins coûteux. Cela nous est tout particulièrement imposé dans la situation qui nous est faite actuellement.

Quand il s'agit d'organiser le service de santé d'une armée, ce sont les considérations dictées par la chirurgie de guerre qui sont examinées en première ligne. Ce sont elles qui serviront de base, puisque le plus grand travail qui incombe au service sanitaires de l'armée, celui qui saute aux yeux, c'est le service des blessés. Voilà pourquoi je m'en vais d'abord exposer le point de vue où nous place la chirurgie de guerre.

Dans tous les domaines, même dans celui de la chirurgie et du service sanitaire proprement dit, toutes les opérations de la guerre 1914-1915 se ramènent à deux

périodes bien distinctes : celle des grands mouvements tactiques et stratégiques et celle de la guerre de tranchées, soit une phase de mobilité et une phase de stabilité. Nous assistons à la première de ces phases au début de la guerre, tant sur le front occidental que sur le front oriental ; puis cette phase continue seulement sur le front oriental et sur le front sud. Ce qui s'est passé dans les Carpathes nous a montré avec quelle rapidité les hostilités peuvent passer d'une phase à l'autre.

Lorsque la guerre revêt un caractère mobile, ce sont en général les blessures faites par les projectiles d'infanterie qui prédominent, tandis que dans la guerre de tranchées ce sont surtout des lésions produites par les projectiles de l'artillerie, les grenades d'artillerie et les grenades à main, les mines de toutes sortes. Quant aux blessures faites par l'arme blanche, elles ne jouent pour ainsi dire aucun rôle.

La tâche qui s'impose aux troupes de service de santé sera :

1° De donner les premiers soins, qui consistent essentiellement dans l'application du pansement d'urgence et tout particulièrement d'un appareil de transport (qu'on désigne simplement par le terme de « fixation »).

2° De procéder au transfert du blessé avec rapidité et ménagements.

3° D'entreprendre le plus tôt possible le traitement radical à l'étape définitive.

Dans toute armée, l'organisation du service de santé doit répondre aussi bien aux exigences d'une guerre mobile qu'à celles d'une guerre stable ; il ne saurait être question d'avoir deux organisations distinctes, puisque chaque troupe peut, du jour au lendemain, passer de l'un à l'autre de ces états.

Dans l'intérêt des blessés, ce que l'on pourrait souhaiter de mieux serait d'arriver

à supprimer le premier pansement et le transfert et de ne pas avoir à s'en occuper, afin de n'avoir plus à tenir compte que du traitement essentiel à appliquer dans une station plus ou moins définitive. Ces conditions idéales sont souvent, à peu près réalisables dans la guerre de tranchées. Ainsi dans les ambulances françaises et dans les lazarets allemands du front occidental, on pratique actuellement, presque sous le feu de l'ennemi, la chirurgie de guerre intensive, soit : désinfection absolue des lésions les plus graves causées par l'artillerie, et cela à l'aide du couteau et des ciseaux ; traitement définitif des fractures compliquées et des plaies articulaires ; amputations et résections ; traitement chirurgical des lésions de la colonne vertébrale et de la moëlle, des coups de feu à la tête, au cou, au bassin et à l'abdomen. Au cours de la campagne, les interventions chirurgicales nécessitées par ces lésions ont pris en général un caractère progressivement décisif. Je tiens ici à mentionner spécialement le traitement des coups de feu tangentiels à la tête, et de ceux à l'abdomen, la colonne vertébrale et la moëlle épinière.

Lorsque la conduite de la guerre prend un caractère de mobilité, la situation change de face complètement ; le travail du chirurgien de guerre dont nous venons de parler doit être transféré dans les établissements sanitaires de l'armée relevant du service des étapes ou du service territorial ; l'application des pansements d'urgence est le transport des blessés reprennent leur place entière.

Il ne nous faudra pas, par conséquent, tant pour l'heure présente que pour l'avenir, nous en tenir à l'organisation d'une seule et unique ligne de secours, mais en tenir plusieurs prêtes à fonctionner.

Les différentes lignes de secours

La première ligne de secours se trouvera dans le territoire compris entre la ligne de feu et la place de pansements; elle sera représentée par le personnel sanitaire affecté aux unités et aux corps de troupes et par les compagnies sanitaires, éventuellement par les ambulances de landwehr attribuées aux brigades d'infanterie.

La seconde ligne de secours aura pour tâche principale d'assurer le transport des blessés; ses organes seront les colonnes sanitaires des lazarets de campagne et les trains sanitaires. Comme tâche accessoire de cette ligne, figurera l'installation d'hôpitaux de campagne destinés à recevoir les blessés non transportables, tâche qu'assumeront les ambulances des lazarets de campagne.

Sous la dénomination de troisième ligne de secours, on comprendra les établissements sanitaires des étapes et du service territorial.

A n'importe quelle ligne de secours que se rattache une formation sanitaire, ce que l'on exigera avant tout de celle-ci, ce sera une grande souplesse dans son fonctionnement. Il faudra donc, selon les conditions de la guerre, que le service de santé puisse passer aisément de la phase de mobilité à celle de stabilité et inversement.

Passons maintenant à l'organisation de ces trois lignes de secours et examinons leurs particularités.

Au combat, la tâche qui incombe au personnel sanitaire affecté aux unités et corps de troupes consiste à reconforter les blessés, à leur appliquer le pansement d'urgence et à les installer dans une position conforme aux circonstances. Ce personnel dispose, pour le pansement occlusif, du paquet de pansement individuel que le blessé doit avoir sur lui; pour

immobiliser les membres fracturés, on se sert des effets d'équipement du blessé et de ses armes: fusil, baïonnette, sac à pain, capote, toile de tente-abri, courroies du sac, car il est à remarquer que, dans la guerre mobile, il n'est pas possible de fournir au personnel sanitaire une quantité suffisante d'attelles. Si cela est réalisable dans les conditions de stabilité de la guerre, tant mieux, puisque l'application des appareils de fixation au moyen d'attelles fabriquées dans ce but est plus facile qu'avec celles qu'on aura improvisées, mais, en principe, nous enseignons à notre personnel sanitaire affecté aux unités et aux corps de troupes à se servir de ce qui tombe sous la main pour improviser un appareil de fixation et nous cherchons par tous les moyens à lui graver dans l'esprit que le pansement de fixation du membre fracturé est beaucoup plus important que le pansement occlusif de la plaie.

Je ne crains même pas d'affirmer que, en cas d'intempéries, il est préférable de ne pas dévêtir des blessés atteints de fractures compliquées, mais de leur appliquer l'appareil de fixation par dessus les vêtements, à moins de se trouver en présence d'une indication spéciale, telle qu'une hémorragie importante, exigeant le pansement occlusif. Ces appareils d'immobilisation trouvent leur raison d'être, non seulement dans les cas de lésions osseuses, mais aussi lorsqu'on a affaire à des lésions étendues des parties molles. Une application aussi rapide que possible d'un appareil de fixation approprié constitue l'un des moyens préventifs les plus sûrs contre les infections graves.

Le personnel sanitaire affecté aux unités combattantes est organisé d'une façon à peu près semblable dans toutes les armées. En cas de pertes importantes, ce personnel n'est jamais trop nombreux, mais, pour

des raisons d'ordre militaire, il doit être réduit à un certain effectif. Comme dans beaucoup d'autres armées, ce personnel sanitaire est renforcé, pour le service de combat, par les musiciens qui, disons-le en passant, ne travaillent pas indépendamment, mais comme auxiliaires de la troupe sanitaire.

Notre nouveau « Règlement sur le service de santé » ne prévoit pas, dans la plupart des cas, l'établissement d'une place de pansements de troupes. A ce sujet, notre armée est bien la première qui se soit affirmée d'une manière si absolue. Nous ne connaissons maintenant qu'une seule place de pansements qui, dans la règle, est installée par la compagnie sanitaire. L'ancien « Poste de secours » et la « Place principale de pansements » ne font

plus qu'un. Le personnel sanitaire réparti aux unités combattantes donne les premiers soins aux blessés sans les avoir amenés préalablement sur une place spéciale de pansements. Si le besoin s'en fait sentir, les blessés peuvent être remis dans des *nids de blessés*, mais cela n'est pas absolument réglementaire. D'autre part, il n'est pas exclu non plus de faire installer une place de pansements par le personnel sanitaire des unités combattantes, si les médecins de régiment, de bataillon ou de compagnie le jugent convenable.

Nous estimons qu'il n'y a pas de modifications à apporter dans l'organisation du personnel sanitaire affecté aux unités et aux corps de troupes.

(A suivre.)

Les conditions de travail des gardes-malades en Suisse

Enquête présentée par M^{lle} A. Zollikofer, à St-Gall

(Suite)

A la question: « jouissez-vous d'une après-midi de repos hebdomadaire? » une sœur répond: « Oui, mais souvent le travail ne permet aucune sortie pendant 2, 3 ou 4 semaines. » Une autre écrit: « Le règlement prévoit que l'après-midi de chaque second dimanche doit être libre, et que les autres semaines nous puissions sortir de 2-6 h. un jour ouvrable. Dans la pratique cette manière de faire est irréalisable, parce qu'il n'y a que la sœur de l'autre division qui puisse être remplaçante, et celle-ci a déjà plus qu'assez à faire, surtout si son service a des malades graves. Les sorties du dimanche sont en général maintenues, puisque — ces jours-là — nous sommes autorisées à réduire le travail. »

Très bizarre est la réponse suivante: « Non, les après-midi libres n'ont pas encore

été introduites, elles le seront peut-être sous peu, malgré l'opposition des sœurs plus âgées. »

En regard de ces sorties problématiques, il est réjouissant de constater les dispositions prises dans un asile d'aliénés. La sœur supérieure de cet établissement de 416 lits, et qui dirige un personnel de 58 gardes, est libre chaque second dimanche. Les infirmières ont un dimanche entièrement à leur disposition sur quatre, et, outre une après-midi par semaine, elles peuvent disposer de leur temps un soir sur 7, de 8 à 9¹/₂ h.

Voyons encore ce que disent les maisons de diaconesses:

« Les sœurs peuvent — en général — assister au culte le dimanche, pas toujours cependant. Dans l'après-midi leurs heures