

Le service de santé français au cours des dernières opérations

Autor(en): [s.n.]

Objektyp: **Article**

Zeitschrift: **Revue Militaire Suisse**

Band (Jahr): **63 (1918)**

Heft 10

PDF erstellt am: **22.07.2024**

Persistenter Link: <https://doi.org/10.5169/seals-340079>

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.

Le service de santé français au cours des dernières opérations.

Depuis que la guerre de mouvement a remplacé celle de position, le Service de santé a dû modifier profondément toute son organisation.

Il a dû renoncer à la formule employée au temps où le front ne supportait que des modifications locales, et où il pouvait assurer le traitement des blessés suivant les méthodes chirurgicales les plus parfaites et dans les meilleures conditions de confort, en conservant le plus grand nombre d'entre eux dans des formations sanitaires rapprochées des lignes. Il avait résolu les deux termes de ce problème redoutable : opération précoce, évacuation rapide.

Avec la guerre de mouvement, le front de bataille a subi des changements d'amplitude variée. Par suite, les beaux centres hospitaliers, les vastes hôpitaux d'évacuation (H. O. E.), dont un grand nombre se trouvaient à 10 ou 15 km. des lignes, ne pouvaient plus être utilisés.

Le traitement des blessés devait être organisé sur de nouvelles bases : avant tout il convenait de ne garder à proximité immédiate du front que les hommes très gravement atteints, auxquels on ne pouvait, sans danger mortel, imposer un voyage, même à courte distance. Enfin, il fallait créer une nouvelle organisation pour l'évacuation et le traitement des blessés transportables.

On eût été autorisé, dans de telles conditions, à redouter des déboires chirurgicaux. Heureusement, il n'en a rien été. Grâce à la souplesse de l'organisation actuelle du Service de santé, aucun à-coup n'est survenu : les blessés qui n'ont pas été opérés à proximité du front l'ont été dans des centres plus ou moins éloignés et dans les conditions les plus satisfaisantes.

Comment ce changement de ce que l'on pourrait appeler la tactique chirurgicale de guerre s'est-elle opérée ? Tel est l'objet de cet article.

Dès les premiers jours d'avril, devant la forme nouvelle que prenait la guerre et en prévision d'opérations actives, le Service de santé avait étudié un nouveau programme qu'il a établi, au début de juin, sur les bases suivantes :

On ne conservera à proximité immédiate des lignes que les grands blessés, incapables de supporter tout transport. Ces blessés seront immédiatement soignés dans des établissements avancés ou dans les HO. E. primaires.

Tous ceux qui pourront supporter un voyage seront soustraits aux fluctuations de la bataille et au danger de bombardement dont sont menacées les formations voisines du front.

Pour éviter, dans la mesure du possible, les inconvénients résultant des évacuations hâtives et du retard apporté au traitement chirurgical de ces blessés, des hôpitaux d'évacuation de deuxième ligne ou HO. E. secondaires seront constitués à des distances variant de 50 à 200 km., sur des points que les blessés pourront atteindre tout en restant dans des conditions favorables pour être opérés.

Ces blessés seront d'ailleurs surveillés pendant leur transport. Entre les HO. E. primaires, où s'effectuent les embarquements, et les HO. E. secondaires, s'échelonneront des régulatrices sanitaires. Les trains y seront arrêtés. Tous les blessés y seront examinés de telle façon que ceux dont l'état s'est aggravé en cours de route puissent être débarqués et opérés immédiatement.

Quant aux blessés légers, pour lesquels une intervention chirurgicale n'est pas nécessaire, aux gazés et aux malades, ils seront envoyés, suivant les cas, soit sur des formations des étapes ou des zones d'hospitalisation de l'arrière, soit sur des formations de l'intérieur.

L'exécution de ce programme nécessitait tout d'abord la création de gros centres opératoires de deuxième ligne, les HO. E. secondaires.

A la vérité, il existait déjà quelques centres chirurgicaux renfermant chacun de 1500 à 2000 lits, mais ils étaient en trop petit nombre. Le Service de santé se mit donc en mesure de fonder immédiatement de véritables villes sanitaires de 2000, 3000 et même 4000 lits.

Pour aller plus vite, ces villes, à l'exclusion des locaux opératoires construits sous baraques, furent édifiées sous toiles, notamment à l'aide de tentes et de hangars Bessonneau.

Des emplacements avaient été choisis en pleine campagne, dans des sites agréables, en des lieux desservis commodément par voie ferrée. En quelques semaines, les nouveaux centres furent organisés et tous les travaux sanitaires furent exécutés : routes, voies ferrées, canalisations d'eau, installations électriques, etc.

En même temps, de nombreuses équipes de chirurgiens, aidés d'infirmiers et d'infirmières, étaient affectées à ces groupements et en assuraient le fonctionnement.

Mais, pour que les communications fussent établies d'une façon satisfaisante entre les formations avancées des armées, les HO. E. primaires et les nouvelles organisations, pour qu'aucun blessé ne fût évacué sur l'intérieur sans avoir été, au préalable, opéré convenablement, il fallait, de toute nécessité, accorder aux moyens de transport un développement considérable et inconnu jusqu'ici. En particulier, il fallait un grand nombre de voitures automobiles, voitures sanitaires, voitures de transport de personnel (T. P.), auto-cars, camions de transport de matériel (T. M.) pour transporter les blessés jusqu'aux groupements d'ambulances, permettre un triage rapide et diriger les convois jusqu'aux hôpitaux d'embarquement ou HO. E. primaires.

Il fallait en outre de multiples trains sanitaires pour transporter dans les plus courts délais possibles les blessés de ces HO. E. de première ligne dans les HO. E. secondaires ou dans les centres hospitaliers de la zone des armées.

On concevra les difficultés qu'a dû surmonter le Service de santé, d'après les simples remarques suivantes :

Entre les postes de secours et les HO. E. primaires, les distances pendant les combats des derniers mois ont été en moyenne de 30 à 40 km., quelquefois davantage.

Dans de telles conditions, il est presque impossible de faire plus d'un voyage par jour, en raison de l'encombrement et de l'état souvent défectueux des routes.

En admettant une moyenne de quatre blessés couchés par

voiture, on peut imaginer le nombre de véhicules qui furent nécessaires pour satisfaire les besoins de plusieurs armées engagées dans la bataille.

Pour les chemins de fer, les difficultés ne furent pas moindres. Un train, en effet, ne peut emporter, en moyenne, que 300 blessés. Si, d'autre part, on tient compte du temps nécessaire pour le chargement, le transport, le déchargement des blessés, la désinfection du matériel et le voyage de retour du train, il n'est pas difficile de se rendre compte du grand nombre de wagons indispensables pour le transport de plusieurs milliers de blessés.

La voie d'eau elle-même fut utilisée ; des transports à vapeur convenablement aménagés effectuèrent des évacuations nombreuses sur l'Oise et sur la Marne.

On voit la conséquence immédiate de cette nouvelle organisation. Quelque parfaites que soient les communications entre l'avant et l'arrière, le traitement des blessés est retardé, puisqu'il est pratiqué à distance du champ de bataille, dans des hôpitaux souvent assez éloignés. Dans ces conditions, il semble que les résultats obtenus doivent être moins brillants.

Nous arrivons ici à une question qui touche à l'évolution même de la chirurgie de guerre. A l'époque de la guerre de position, lorsque le traitement était pratiqué le plus près possible du champ de bataille, on avait remarqué que, plus l'opération était précoce, plus le blessé avait des chances de guérir sans complication. Les événements s'y prêtant, on avait édifié les magnifiques installations avancées par exemple sur la Somme, en 1916, et sur l'Aisne, en 1917.

Les conditions nouvelles imposées par l'avance allemande en 1918 ayant fait reporter très en arrière les formations sanitaires, le traitement opératoire ne fut évidemment plus précoce. Mais de tels progrès avaient été accomplis en chirurgie de guerre que ce traitement, bien que retardé, put être exécuté dans des conditions de sécurité suffisantes.

D'une part, en effet, un examen très rigoureux pratiqué à l'avant par des chirurgiens expérimentés, permit de maintenir sur place et de traiter les blessés graves jusqu'à ce que leur état rendît possible leur évacuation à plus grande distance,

tandis qu'on arrêtait momentanément tous ceux qui avaient besoin d'une intervention urgente, qu'on refaisait les pansements insuffisants ou souillés et qu'on immobilisait correctement les fractures.

Quant aux autres blessés, on s'est rendu compte que les progrès réalisés dans les traitements des plaies de guerre permettaient de reporter plus loin qu'on ne l'avait pensé les limites de leur opérabilité, sans qu'il en résultât d'inconvénients pour les hommes atteints.

La moyenne du temps écoulé entre le moment de la blessure et celui de l'opération peut être évaluée de 20 à 30 heures. Or, des plaies datant de 48 heures et même de 50 heures ont pu être traitées dans d'excellentes conditions.

En résumé, l'essence de la nouvelle organisation sanitaire est la suivante :

A l'avant, de petits centres opératoires pour les cas d'urgence et les intransportables.

Entre les HO. E. primaires et les HO. E. secondaires, des régulatrices sanitaires qui permettent de soigner rapidement les hommes dont l'état s'est aggravé en cours de route.

A l'arrière, de gros centres opératoires d'armée installés dans des lieux où le blessé ne risque plus d'entendre ni le bruit du canon, ni celui des avions ennemis, et jouit de tout le repos nécessaire.

Ainsi, la chirurgie de guerre, tout en s'adaptant à des conditions nouvelles, a su conserver et mettre à profit pour le plus grand bien des blessés, les précieuses acquisitions des premières années de lutte.

Dr X., de l'armée française.

