que ce ne sera jamais une conception théorique, de réalisation imparfaite ou boiteuse, comme c'est si souvent le cas lorsqu'on ne s'adresse pas aux spécialistes outillés pour ce but. M. Port a fabriqué lui-même tous les articles dont il recommande l'usage aux ambulanciers, il les a fabriqués et ensuite éprouvés à la pratique d'un usage prolongé et il ne parle que parce qu'il a fait l'expérience sûre de leur utilité.

Notre but n'étant pas de paraphraser incomplètement l'enseignement de l'auteur, mais d'attirer l'attention des sociétés de la Croix-Rouge sur ce nouveau travail du Dr Port, nous n'aborderons pas les détails très variés de son enseignement, qui consiste, nous le répétons, à enrichir la salle d'ambulance ou l'attirail des pansements du chirurgien, de nombreux articles aussi précieux à avoir sous la main, en cas de besoin, — et ce besoin se fait inévitablement sentir après un combat, — qu'absents des approvisionnements sanitaires ou tout au moins insuffisamment ou incomplètement représentés.

Cette leçon est un intéressant chapitre à ajouter aux travaux, déjà nombreux et toujours instructifs, de l'auteur de la *Improvisationstechnik*.

Puisqu'il est question du général Dr Port, signalons un mémoire qu'il a présenté cette année au 50^{me} anniversaire de la Société médicale de Nuremberg, sur la *Thérapeutique mécanique dans le rhumatisme articulaire*. Il s'agit encore ici, bien qu'il ne soit plus question des blessés de la guerre, de la confection d'appareils simples pour l'immobilisation des articulations malades, sans entrave quelconque aux traitements locaux que peuvent exiger ces articulations. Nous ne pouvons, du reste, insister davantage sur cet intéressant travail, qui sort des limites de notre *Bulletin*, mais nous nous serions fait scrupule de ne pas le signaler au lecteur médecin, auquel il pourra être utile dans sa pratique privée ou dans son service hospitalier.

Dr F.

LA QUESTION DU PREMIER PANSEMENT SUR LE CHAMP DE BATAILLE.

La discussion qui a eu lieu sur le sujet du premier pansement au XXXI^{me} congrès de la Société des chirurgiens allemands, à

Berlin, au mois d'avril de cette année, nous paraît résumer les expériences faites par la chirurgie militaire, quant aux plaies modernes pendant les dernières guerres. Nous en donnons un court aperçu d'après un article de M. Fischer dans les *Archives de médecine et de pharmacie militaires* ¹.

La présence au congrès, dit M. Fischer, de chirurgiens qui ont été à Cuba, au Transvaal, en Chine, a fait sortir la discussion du domaine de la théorie et a contribué à lui donner un caractère pratique.

Le rapporteur, M. von Bruns, a insisté sur la facilité avec laquelle on obtient aujourd'hui la guérison, par première intention, des plaies par armes à feu.

On est autorisé, dit-il, à considérer les blessures de guerre, comme non infectées, au point de vue pratique, tant qu'il ne s'agit pas de solutions étendues des téguments. Aussi doit-on moins chercher à obtenir la désinfection primitive de la plaie qu'à prévenir son infection secondaire. On arrivera à ce résultat en appliquant, aussi vite que possible, un pansement occlusif sûrement stérilisé et ayant la propriété d'absorber le sang et la sérosité qui sortent de l'orifice de la plaie ; il n'est point besoin de se servir, à cet effet, de gaze imprégnée de substance antiseptique. On s'abstiendra de toute désinfection même extérieure de la blessure, de crainte d'y introduire des germes provenant des parties environnantes des téguments. L'assèchement de la surface de la plaie étant la garantie la plus sûre contre l'infection, on évitera de couvrir le pansement d'un imperméable, susceptible d'empêcher l'évaporation.

L'usage de substances antiseptiques sans être indispensable, peut cependant être de quelque utilité. Pour rendre l'application des microbicides plus facile, on peut leur donner la forme d'une pâte semi-liquide conservée dans des tubes en étain (en ayant soin de ne pas employer des produits qui se décomposent au contact de ce métal).

Cette pâte est appliquée sur la plaie, puis recouverte du matériel de pansement contenu dans la cartouche de pansement ; on fixe le tout au moyen de deux bandes de sparadrap ou caoutchouc

¹ N° 6, p. 532. Lire sur le même sujet une analyse de M. le Stabsarzt Tobold, dans le *Caducée*, n° 13, p. 172.

croisées. Ce dernier mode de contention paraît préférable aux bandes de gaze que renferment les paquets de pansements utilisés dans la plupart des armées. Ce procédé occlusif peut être mis en œuvre pour toutes les blessures avec lésions cutanées limitées, on ajoutera naturellement un appareil contentif toutes les fois qu'il existera une fracture. Ce procédé est de la plus grande importance, afin d'éviter dans la mesure du possible le transport des blessés durant les cinq ou six premiers jours, ce transport pouvant compromettre dans une grande mesure la guérison par première intention.

En somme, cette méthode de pansement occlusif sec, sans désinfection primitive de la plaie, que préconise M. Bruns, présente encore un grand avantage. En effet il est souvent difficile de se procurer sur le champ de bataille de l'eau, tout au moins suffisamment propre, pour faire les solutions antiseptiques destinées aux pansements et c'est là une question qui préoccupera moins le médecin en chef du poste de secours, si les idées de Bruns sont justes.

Or les vues de ce chirurgien sont en tous points confirmées par M. Bertelsmann, qui a dirigé une ambulance à Mafeking.

Mais il se demande s'il ne faut pas faire entrer en ligne de compte, pour expliquer l'évolution des plaies, la sécheresse du climat. Telle n'est pas l'opinion de M. Küttner, qui fait remarquer qu'à Cuba les choses se passaient de la même façon qu'au Transvaal.

Pour Küttner, les bons résultats que l'on obtient en chirurgie d'armée, dans les guerres modernes, doivent être mis aussi à l'actif des progrès de la thérapeutique. La preuve en est fournie par ce fait que, dans certaines batailles, les seuls malades infectés furent ceux dont les plaies avaient été sondées par des personnes inexpérimentées. On doit se borner, dans la règle, au simple pansement occlusif à la gaze et au sparadrap.

La conclusion pratique de tous ces faits, c'est qu'il est de la plus haute importance de placer un pansement occlusif sur le champ de bataille même, et souvent avant la fin de l'engagement, puis d'établir dans le voisinage immédiat du lieu du combat un nombre suffisant d'infirmières sous forme de tentes et de baraques, de manière à être en mesure d'éviter le transport des blessés durant les premiers jours. Le premier pansement avant la fin du combat expose le personnel sanitaire à des dangers indiscutables, mais il

présente, d'autrè part, de tels avantages pour les blessés que l'on ne saurait se soustraire à ce devoir.

Seul M. Hildebrandt s'est élevé contre l'expectation érigée en principe de traitement, tout au moins pour les plaies pénétrantes de l'abdomen.

Au premier abord, les enseignements fournis par la guerre du Transvaal paraissent militer en faveur du traitement expectant, en ce qui concerne les plaies pénétrantes dans l'abdomen : les tentatives opératoires ont donné, en pareil cas, des résultats déplora- bles. Il serait cependant erroné de vouloir conclure de là à l'inutilité de toute intervention sanglante dans ce genre de lésions. En étu- diant de plus près les statistiques produites par les chirurgiens anglais, on remarque en effet, que la plupart d'entre eux n'ont vu les blessés que quelques jours après le combat, de sorte qu'ils n'ont pas compris, dans leurs relevés, les très nombreux blessés ayant succombé à une plaie abdominale sur le champ de bataille même, ou peu après l'engagement. Il convient de tenir compte, en outre, de ce fait que les circonstances étaient beaucoup plus favorables, pour l'exécution d'une laparotomie dans l'Afrique du Sud, qu'elles ne le seraient dans nos armées continentales. Les mauvais résultats qu'a fournis la laparotomie dans la guerre sud- africaine proviennent donc essentiellement de ce que l'opération, quand elle a été pratiquée, a été trop tardive. Aussi, il faut admet- tre qu'avec le nombre de médecins dont disposent nos armées, la laparotomie rapide serait indiquée, non seulement dans les cas d'hémorragie, mais aussi toutes les fois que l'on pourrait craindre l'existence d'une perforation intestinale.

Signalons encore à l'occasion de cette discussion, la proposition de M. le Dr Ziemssen, de Wiesbaden, qui consisterait à créer des détachements sanitaires montés, rapidement déplaçables, plus aptes que les détachements sanitaires actuels à porter rapidement les secours et faciliter les soins immédiats sur le champ de bataille.

Il ne sera pas sans intérêt de reproduire, en regard de l'inté- ressante discussion qui a eu lieu au sein de la Société des chirur- giens allemands, le résultat des expériences faites pendant la guerre du Transvaal par M. le Dr Romeyn, médecin militaire hollandais. L'auteur s'attache plus spécialement à la question de *l'établis- sement des postes de secours sur le champ de bataille*. L'instruction néer- landaise pour le service de santé en temps de guerre, dit M. le Dr

Janssen, dans un article du *Caducée*¹, date de 1885-97 et est composée surtout sur le modèle du règlement allemand dont l'efficacité s'est montrée à l'évidence dans la guerre de 1870-71. Un des articles de cette instruction indique qu'il faut d'ordinaire procéder à l'établissement des postes de secours aussitôt que le combat a commencé.

M. le Dr Romeyn, qui a assisté les Boers avec l'ambulance de la Croix-Rouge néerlandaise, a recherché à quel point les progrès réalisés dans l'art de faire la guerre, ainsi que dans les sciences médicales, paraissent imposer des modifications dans les prescriptions réglementaires.

En ce qui concerne l'influence du fusil d'infanterie moderne, l'auteur fait remarquer que, par suite de l'introduction de ce fusil, il devient de plus en plus difficile de trouver ou d'improviser des abris contre la fusillade. Un abri insuffisant est pire qu'aucun abri, parce que les balles se déforment en le traversant.

Les progrès dans le domaine de l'artillerie intéressent aussi l'œuvre sanitaire, le nombre des blessés par shrapnels a été assez élevé du côté des Boers dans la guerre sud-africaine. La distance que les projectiles atteignent a beaucoup augmenté et permet de frapper les défenseurs derrière leurs abris. Les explosifs détruisent la plus grande partie des abris et font naître de ce chef, pour ainsi dire, une foule de projectiles qui occasionnent des plaies infectées.

A la suite de toutes les modifications apportées dans l'art de faire la guerre, le champ de bataille est excessivement dangereux et chaque homme debout qui veut le traverser devient immédiatement le but de cent balles ennemies. Il en résulte que, au combat, chaque soldat se tient couché à terre, s'abrite derrière les inégalités du terrain et cherche à avancer en marchant à quatre pattes pour se dérober à l'œil de l'ennemi.

Il est facile de comprendre qu'il serait inutile, même fou de vouloir commander au personnel médical d'entrer dans la ligne de bataille, ce qui serait la mort presque certaine et pour ce personnel et pour les blessés qu'on voudrait secourir. Il n'est donc pas étonnant que beaucoup de médecins militaires déclarent que les blessés ne doivent être transportés qu'après la fin de la bataille.

¹ N° 15, p. 200.

Dans la période pré-antiseptique, il s'imposait de pratiquer aussi tôt que possible des opérations graves, des amputations, etc., et le besoin se faisait sentir d'avoir des postes de secours à très petite distance.

Mais aujourd'hui il est démontré que la plupart des plaies par coups de fusil sont stériles dans le sens clinique, et que la chirurgie conservatrice donne des résultats excellents sur le champ de bataille aussi bien que dans la pratique hospitalière.

Il faut donc s'efforcer, autant que possible, de maintenir les plaies aseptiques et pour arriver à ce but on a imaginé un grand nombre de pansements. Les conditions auxquelles ces pansements doivent satisfaire sont qu'ils puissent être appliqués facilement, aseptiquement, par des mains non aseptiques, et qu'ils obtiennent une occlusion parfaite de la plaie, sans mettre obstacle à son dessèchement. M. Romeyn est d'avis que le « pansement rapide » de M. Untermöhlen (d'Amsterdam), introduit dans l'armée hollandaise, répond le mieux à toutes ces exigences.

Ce pansement consiste en une enveloppe d'un tissu imperméable divisée en deux compartiments. Chaque compartiment contient le pansement proprement dit, enveloppé dans du papier ciré. L'un est destiné à panser l'ouverture d'entrée de la balle, l'autre à panser l'ouverture de sortie. Le pansement est composé d'une compresse en gaze et ouate hydrophiles attachées à moitié d'une bande en cambric. La compresse est pliée plusieurs fois et maintenue dans cette position à l'aide de bandes roulées.

En terminant, l'auteur insiste sur le fait que la façon dont les articles de la Convention de Genève sont interprétés, a une certaine influence sur le secours que le service de santé peut donner.

En effet, l'expérience dans la guerre sud-africaine a appris, à plusieurs reprises, que les Anglais ont empêché les ambulances de la Croix-Rouge de retourner auprès des Boers après une défaite. Il sera donc prudent de ne pas procéder à l'établissement d'un poste de secours avant qu'on soit à peu près certain du succès de ses propres troupes.

En résumé, M. le Dr Romeyn conclut que l'établissement des postes de secours sera d'ordinaire inutile, mais que le médecin en chef, seul, peut juger de son utilité, après avoir consulté le commandant militaire; et l'article qui ordonne l'établissement de

postes de secours aussitôt que le combat a commencé. est donc à supprimer.

Il nous a paru intéressant de mettre en regard les points qui militent en faveur du pansement immédiat, simplifié, et les arguments qui mettent en doute l'utilité des postes de secours tels qu'ils ont été compris jusqu'ici. Evidemment ces différents points de vue sont justes et, bien que partiellement contradictoires, concordent quant à la nécessité d'une organisation nouvelle des secours sur le champ de bataille. La pratique indiquera, mieux que les arguments théoriques, quelle elle devra être. D^r F.

DEUX PUBLICATIONS MÉDICO-MILITAIRES DE M. LE PROF D^r KÜTTNER.

M. le prof. D^r Küttner n'est pas un inconnu pour les lecteurs du *Bulletin*. La haute compétence qu'il a acquise dans les questions médico-militaires par sa participation prépondérante aux secours envoyés par la Croix-Rouge allemande soit dans la guerre gréco-turque, soit dans la campagne sud-africaine, soit enfin dans l'expédition de Chine, font du distingué professeur de chirurgie de l'Université de Tubingue, un des maîtres dans les questions de chirurgie et d'assistance sanitaire militaire.

La bibliothèque de notre Comité s'est enrichie, grâce à l'amabilité de l'auteur, de deux de ses ouvrages qui ont eu le plus de succès dans les milieux sanitaires : ses *Kriegschirurgische Erfahrungen* sur la guerre sud-africaine ¹, et son mémoire sur *La valeur des rayons de Röntgen dans la chirurgie militaire* ¹. Le *Bulletin* a donné déjà une analyse ² du premier de ces ouvrages par la plume compétente de M. le D^r Lardy, chef de l'ambulance de la Croix-Rouge française dans la guerre gréco-turque ; nous n'y reviendrons donc pas. Quant à l'intéressante étude sur l'utilisation des rayons de Röntgen dans la chirurgie de guerre, travail enrichi de belles planches photographiques fort instructives, nous devons nous con-

¹ Laupp'sche Buchhandlung à Tubingue. Voy. T. XXX, p. 195.

² T. XXXII, p. 81.