

D^r Georges PATRY,

*lieutenant-colonel et médecin de la 1^{re} division de l'armée suisse,
vice-président du Comité international de la Croix-Rouge.*

**VI^e Congrès international de médecine
et de pharmacie militaires à la Haye.**

Le VI^e Congrès international de médecine et de pharmacie militaires, qui s'est réuni du 15 au 20 juin à la Haye, a été un grand succès.

Il était placé sous le patronage de S. A. R. le prince Henri des Pays-Bas, et le ministre de la Défense nationale en avait assumé l'organisation.

Cette organisation était excellente, et il y a d'autant plus lieu d'en féliciter les membres du Comité et en particulier son président, le général major D^r J.-C. Diehl, directeur du Service de santé de l'armée néerlandaise, qu'ils n'avaient disposé que de fort peu de temps pour préparer une réunion d'une telle importance. En effet, une nation, qui s'était chargée de recevoir le Congrès, ayant dû y renoncer, c'est presque au dernier moment que le gouvernement de Sa Majesté la reine des Pays-Bas a dû obligeamment et très courageusement accepter de la remplacer.

Le VI^e Congrès a été ouvert l'après-midi du 15 juin par S. A. R. le prince Henri en une séance solennelle à laquelle étaient présents de nombreux dignitaires de la Cour et les membres les plus éminents du gouvernement et de l'armée. Le ministre de la Défense nationale a prononcé un discours d'une très belle envolée, et le président du Congrès, le général-major Diehl, a souhaité la bienvenue aux congressistes et a défini en termes élevés le rôle humanitaire du médecin et du pharmacien militaires.

Le lieutenant-général Stanislas Rouppert, au nom du gouvernement polonais, et le lieutenant-général Demolder, au nom de Sa Majesté Albert I^{er}, remirent des décorations

Dr Georges Patry.

au général-major Diehl, ce qui permit à l'assemblée de manifester au président du Congrès sa confiance, sa vive sympathie et sa reconnaissance.

Cette séance d'ouverture, agrémentée de fort bonne musique, fut empreinte d'une grande solennité. Il est rare de voir assistance aussi brillante, où les uniformes de 32 nations mêlent leurs couleurs, rehaussées par l'éclat des décorations. Celui qui assiste pour la première fois à un de ces congrès de médecine et de pharmacie militaires est frappé par l'aspect grandiose de ses séances solennelles, où presque tous les participants sont en grande tenue. Ce fait crée une atmosphère de solennité, qui peut paraître désuète, mais qui ne manque pas de grandeur. Grandeur d'apparat, grandeur superficielle et vaine, pensera-t-on peut-être. Grandeur réelle, grandeur profonde, dira celui qui se rend nettement compte que ces délégués, venus de presque toutes les nations civilisées, sont réunis pour travailler en commun pour soulager les souffrances et les maux créés par la guerre, dont ils sont les premiers peut-être à constater et à réprouber les atrocités. Il est émouvant de penser que c'est grâce à l'idéal de la Croix-Rouge qu'a pu se créer cette collaboration entre les représentants des diverses armées.

Car cette collaboration est effective et se manifeste dès que le travail commence. Les séances où sont discutées les diverses questions mises à l'ordre du jour sont empreintes d'une atmosphère bien particulière, elles aussi. Est-ce parce que les délégués y assistent en petite tenue, c'est possible; le fait est que la solennité y est remplacée par une camaraderie, qui mérite bien le qualificatif de militaire. Dans la discussion des rapports, chaque délégation tient à apporter le fruit de ses expériences, et l'on ne peut manquer d'être frappé du désir qui anime chacun de participer à l'œuvre commune dans la mesure de ses moyens.

VI^e Congrès de médecine et de pharmacie militaires.

On trouvera plus loin les résultats de ce travail, dans le texte des conclusions des questions mises à l'ordre du jour du Congrès. Nous ne pouvons entrer dans le détail des discussions très nourries des travaux des rapporteurs.

La première question : le recrutement, la formation et le perfectionnement des médecins et des pharmaciens militaires eut comme rapporteurs le capitaine médecin G.-A. Sedee, de l'armée des Indes néerlandaises, et le lieutenant-colonel Radmilo Youvanovitch et le commandant A. Georgevitch, du Service de santé de l'armée yougoslave.

Le commandant-médecin Fribourg-Blanc, professeur au Val-de-Grâce, et le colonel W.-F. Lorenz, professeur à l'Université de Wisconsin, aux Etats-Unis, présentèrent de très intéressants travaux sur les psychoses de guerre, qui faisaient l'objet de la deuxième question ; et le Dr P.-B. Matz, du Service de santé des Etats-Unis, présenta une étude très documentée sur les effets immédiats et éloignés de la guerre mondiale sur le système nerveux.

Le major P. Sarsfield Madigan, du Service de santé de l'armée des Etats-Unis, en collaboration avec le major C. Carrington Odom et W. Clare Porter, tous trois de la section neuro-psychiatrique du *Reed General Hospital* de l'armée des Etats-Unis à Washington, étudièrent les effets immédiats de la guerre sur le système nerveux des combattants et des non-combattants.

Le Dr S.E. Jelliffe étudia la même question ; principalement les effets éloignés de la guerre sur le psychisme.

La troisième question : les procédés d'hémostase du champ de bataille, unification du matériel de première urgence et des conditions de son application fut introduite par deux rapports très documentés, présentés par le lieutenant-colonel S.W. Praag, chirurgien en chef de l'Hôpital militaire d'Utrecht, et par le colonel F. Gaccia et le lieutenant-colonel D. Casella, de l'armée italienne.

D^r Georges Patry.

Relevons dans les conclusions adoptées dans la dernière séance que le Congrès a émis le vœu que la Commission de standardisation de matériel sanitaire étudie et organise un concours sur la recherche du meilleur bandage hémostatique. Nous ne doutons pas que cette commission n'accepte ce vœu et n'étudie la question dans sa prochaine réunion en octobre 1931.

La quatrième question, qui intéresse plus spécialement les pharmaciens : préparation et conservation des ampoules médicamenteuses en usage dans les Services de santé des armées, fut introduite par le pharmacien de première classe L.-J. Röhner, de l'armée néerlandaise, et par le colonel G. Grintzesco, pharmacien en chef de l'armée roumaine, en collaboration avec le capitaine J. Bibesco, pharmacien.

La dernière question : les séquelles des traumatismes maxillaires fut introduite par deux rapports présentés par le D^r H.-P. Wijnen de Hollande et par le lieutenant-colonel S. Mieszkis, chirurgien dentiste, chef du Service de stomatologie de l'armée polonaise, en collaboration avec les professeurs de l'Institut stomatologique de Varsovie, D^r H.-Z. Wilga et D^r Meisner. On sait combien les blessures de la face ont été nombreuses pendant la dernière guerre ; aussi cette question présentait-elle un intérêt tout particulier, tant pour les chirurgiens que pour les dentistes.

A côté de ces séances bien remplies, les congressistes eurent l'occasion de se rencontrer dans de nombreuses réceptions, aussi somptueuses que charmantes. Le premier soir, le gouvernement de Sa Majesté la reine des Pays-Bas avait invité les délégués officiels à un banquet somptueux au Casino de Scheveningue. Son Altesse Royale le prince Henri des Pays-Bas l'honorait de sa présence.

Le mercredi, une soirée très brillante était offerte par la municipalité de la Haye à tous les congressistes, également au Casino de Scheveningue, et le jeudi, le gouverne-

Conclusions.

ment les recevait en une soirée où l'on put apprécier la pleine signification de l'expression : l'hospitalité hollandaise.

Enfin la Croix-Rouge hollandaise offrit une charmante garden-party dans sa ravissante maison. Le temps magnifique permit de jouir du jardin tout fleuri de roses en plein épanouissement.

Un autre jour, c'était le ministre des Etats-Unis qui réunissait quelques privilégiés en son hôtel.

Si nous ajoutons qu'un temps idéal a favorisé les excursions organisées par le Congrès dans les régions les plus intéressantes et les plus pittoresques de la Hollande, on se rendra compte de la parfaite réussite de ce Congrès, réussite due en majeure partie à l'amabilité et à l'hospitalité du gouvernement de Sa Majesté la reine des Pays-Bas et des organisateurs du Congrès.

Conclusions de la première question.

Recrutement, formation et perfectionnement des médecins et pharmaciens militaires.

I. La question de recrutement ne comporte que deux solutions :

- 1° Recrutement précoce parmi les étudiants en médecine et en pharmacie au début de la scolarité.
- 2° Recrutement tardif parmi les médecins et les pharmaciens diplômés.

Il semble que le premier système soit de nature à élargir la sélection et à recruter des valeurs avant que leur consécration officielle ne les ait orientés dans le milieu civil. Le rendement des Services de santé dépend essentiellement de la qualité de ses officiers. Il y a donc lieu d'émettre le vœu que les gouvernements offrent des avantages susceptibles d'attirer le plus d'éléments de valeur.

Le recrutement précoce implique le recrutement au concours. On pourrait reprocher à ce concours de porter sur des connaissances trop récemment acquises. Il est facile d'y pallier en introduisant dans le programme des épreuves de culture générale.

Conclusions.

II. La formation du médecin et du pharmacien militaires doit incorporer le fond commun, c'est-à-dire la science médicale ou pharmaceutique et l'instruction militaire. Pour être incontestée, la valeur médicale doit pouvoir être comparée. Pour être comparable, il faut qu'elle ait la même source et les mêmes sanctions. La formation des médecins et des pharmaciens militaires doit donc être confiée aux facultés civiles. Quant à la formation militaire, elle doit être réservée aux écoles d'application et avoir un caractère essentiellement pratique.

III. Il est souhaitable que dans toutes les phases de leur carrière, les médecins et pharmaciens militaires soient appelés à bénéficier de stages de perfectionnement dans les services techniques et les services tactiques. Par contre, la spécialisation exclusive dans la voie soit purement technique, soit purement militaire, ne répond pas aux intérêts supérieurs du corps de santé militaire, dont l'élite scientifique doit toujours pouvoir fournir des dirigeants aux Services de santé.

IV. La formation des officiers de réserve du Service de santé appartient à ce dernier qui l'assure au mieux, autant que possible dans ses écoles, pendant la durée légale du service.

Leur instruction doit être ensuite perfectionnée par des exercices échelonnés à tendance surtout pratique, et adaptée aux fonctions que ces officiers auront à remplir en temps de guerre.

V. Le Congrès exprime le vœu que les diverses nations favorisent dans le but d'harmoniser les conceptions les échanges d'officiers du Service de santé.

Conclusions de la deuxième question.

Psychonévrose de guerre : les effets immédiats et éloignés de la guerre sur le système nerveux chez les combattants et les non-combattants.

1. La guerre, surtout lorsqu'elle est de longue durée, joue un rôle incontestable dans la genèse et dans la fréquence des troubles mentaux constatés au cours des hostilités. L'hérédité psychopathique, les états dégénératifs et les tendances constitutionnelles morbides ne sont pas tout, en effet, dans l'étiologie des troubles mentaux. Les facteurs occasionnels ont une importance indéniable, et, en temps de guerre, ces facteurs sont nombreux et leur rôle est considérable : blessure, commotions, fatigue physique, misère physiologique, infections, intoxications diverses (alcoolisme), chocs moraux, émotions.

Le rôle des chocs émotionnels est particulièrement important dans

Conclusions.

la genèse des psycho-névroses, d'où la fréquence, pendant la guerre, des syndromes post-émotionnels et des états pithiatiques.

2. Mais, la guerre n'a pas créé des psychoses d'un genre nouveau, à symptomatologie ou à évolution jusqu'alors inconnue. On n'a pas vu apparaître d'entité morbide nouvelle ; seule, la fréquence relative de certaines psychoses s'est modifiée (fréquence des états confusionnels à base d'émotivité), appelés pendant la guerre « obusite » ou « syndrome postcommotionnel ». Ces dénominations ont été parfois abusivement employées. Il conviendrait de supprimer ces appellations ou d'en limiter l'emploi aux cas strictement contrôlés.

3. La symptomatologie de chaque psychose de guerre a été, dans son ensemble, tout à fait comparable à celle observée chez les mêmes malades en temps de paix, mais, cette symptomatologie a été colorée par les événements de guerre dont elle a été le fidèle reflet.

4. Les réactions antisociales provoquées par les psychonévroses de guerre ont été, elles aussi, du même ordre que celles du temps de paix, mais elles ont revêtu une teinte spéciale due aux circonstances de guerre et ont eu des conséquences plus sérieuses qu'en temps de paix, tant pour les malades eux-mêmes que pour leur entourage et pour la discipline des armées.

5. Les psychonévroses apparues pendant la guerre ont engagé la responsabilité de l'Etat, en ce qui concerne le droit à pension d'invalidité des malades.

En cas de délinquance chez des sujets atteints de troubles psychonévropathiques, le médecin-expert, appelé à donner son avis sur la responsabilité pénale du malade doit être un médecin psychiatre. Il ne peut formuler de conclusions fermes qu'après une étude approfondie de chaque cas d'espèce.

6. Il importe de prévoir, dès le temps de paix, l'organisation du service de neuro-psychiatrie en campagne. Ce service devrait comporter :

a) Un centre neuro-psychiatrique par armée, installé auprès du principal H.O.E. et destiné essentiellement au triage des malades atteints de troubles neurologiques ou psychopathiques, avec évacuation sur l'arrière des grands malades, et au traitement de tous les sujets présentant des troubles susceptibles de guérir dans un court délai.

b) Des moyens d'évacuation spéciaux en personnel et en matériel qui seraient mis, en cas de besoin, à la disposition des trains d'évacuation réguliers.

c) Un centre de neuro-psychiatrie régional, dans chaque région de l'intérieur, installé dans le principal hôpital du chef-lieu, largement pourvu en personnel spécialisé et chargé :

Conclusions.

- A. d'un second triage des malades.
 - B. de leur répartition en trois catégories : grands psychopathes à interner — malades atteints de troubles aigus transitoires et bénins (ces malades seraient traités au Centre régional lui-même) — sujets présentant des psychonévroses curables, mais demandant un traitement plus prolongé. Pour cette dernière catégorie, il y a lieu de prévoir l'organisation de centres secondaires régionaux spécialement affectés au traitement des psychonévroses curables : (« petits mentaux »).
7. Il y a lieu de prévoir enfin, dès le temps de paix, la sélection des tarés psychiques par des commissions d'examen appropriées, composées de psychiatres compétents et l'affectation spéciale des tarés pour le temps de guerre, à des emplois où ils soient capables de rendre des services utiles. Cette solution est indispensable pour le bon rendement de ces « écopés du cerveau » et pour l'application des règles élémentaires de prophylaxie mentale.

La tâche sera plus difficile dans les pays ne comportant pas le service obligatoire.

Conclusions de la troisième question.

Les procédés d'hémostase du champ de bataille.

Unification de première urgence et des conditions de son application.

1. L'hémostase de première urgence sur le champ de bataille pose la question du garrot, moyen d'hémostase presque toujours inutile, toujours dangereux, surtout dans des mains extra-médicales. Toutefois, pour éviter que le garrot ne soit remplacé par le blessé par un lien encore plus agressif pour le tissu, il n'y a peut-être pas lieu de le proscrire définitivement.

2. Le matériel à confier au personnel non-médical doit comprendre surtout des bandes en tissu élastique non-caoutchouté, des tampons hémostatiques, mais aussi — en réserve — un bandage hémostatique au cas d'échec du pansement compressif.

3. L'instruction des brancardiers, des hommes de troupe et des officiers sera orientée sur les dangers de ce garrot et de son indication exclusive : *l'hémorragie en jet*.

4. L'hémostase au poste de secours peut être laissée jusqu'à un certain point à l'initiative du médecin responsable (obturation provisoire par sutures cutanées ou pinces, tamponnement : avec mise en place si nécessaire sur le pansement d'un garrot d'attente qu'on ne serrera qu'en cas de besoin).

Conclusions.

5. Il y aurait lieu de continuer les recherches indiquées par les rapporteurs italiens en vue de limiter les dangers d'ischémie par application du garrot.

6. La question essentielle paraît être celle de l'instruction du personnel subalterne.

Le Congrès émet le vœu que cette instruction soit standardisée dans toutes les armées.

7. Il serait désirable qu'un concours soit ouvert sur la recherche du meilleur bandage hémostatique, par les soins de la Commission de standardisation de matériel sanitaire.

Conclusions de la quatrième question.

Préparation et conservation des ampoules médicamenteuses en usage dans les Services de santé des armées de terre et de mer.

1. Les ampoules doivent être préalablement nettoyées et stérilisées. Méthode de stérilisation : 160° pendant deux heures.

2. Il est recommandé de faire usage d'eau fraîchement distillée ou d'eau distillée conservée aseptiquement.

3. Pour les liquides injectables huileux, l'huile employée doit être neutre et stérile.

4. Plus les précautions d'asepsie seront observées en cours de préparation, plus facile et plus sûre sera la stérilisation.

5. La méthode de stérilisation parfaite est la stérilisation à l'autoclave à diverses températures (110-120°) pendant 15-20 minutes, selon les cas.

D'autres méthodes sont la vapeur fluente d'environ 100° et la Tyndallisation de 60-70°, trois jours consécutifs.

En ce qui concerne la préparation aseptique des liquides injectables, il importe d'observer rigoureusement les précautions indiquées dans les alinéas 1 à 4.

6. L'utilisation des bougies-filtres devra toujours entraîner un contrôle bactériologique de la préparation obtenue.

7. La bonne conservation des ampoules médicamenteuses exige l'emploi de verre neutre, rigoureusement contrôlé.

8. En principe, il est préférable de renouveler les stocks aussi fréquemment que possible.

Conclusions.

Conclusions de la cinquième question.

Les séquelles des traumatismes de guerre des dents et du maxillaire inférieur : leur traitement.

1. La prophylaxie des séquelles des blessures du maxillaire inférieur et des dents dépend pour une large part du traitement initial.

2. Le traitement de ces blessures nécessite, dès le début, la collaboration du spécialiste en art dentaire et du chirurgien, réalisée dans certains pays par l'équipe maxillo-faciale.

3. L'infection des fragments osseux est particulièrement redoutable. Elle est entretenue par la présence de corps étrangers ou de tissu jouant de rôle : os, séquestre ou dent. Le traitement consiste dans la suppression de toute cause d'infection.

4. Les pseudoarthroses, les pertes de substances définitives qui ne guérissent pas par appareillage sont le domaine de la chirurgie (greffes osseuses). L'ostéosynthèse métallique doit être rejetée.

5. Les cals vicieux sont justiciables de l'ostéotomie avec ou sans greffe osseuse sous le couvert d'une immobilisation en bonne position.

6. Les répercussions sur les dents — nécrobiose par rupture vasculo-nerveuse, alvéolyse, rupture d'équilibre interdentaire, perte des dents, etc., seront traitées aussitôt que possible.

7. Ces ankyloses osseuses temporo-maxillaires seront traitées par arthrotomie et appareillage de mobilisation.

8. Les cicatrices vicieuses et les pertes de substance des parties molles relèvent à la chirurgie plastique.

9. Les névrites secondaires sont justiciables du traitement habituel des névrites.

10. On ne peut, chez les blessés de la face, se désintéresser du retentissement de ces blessures sur l'état général d'une part, sur l'état moral d'autre part.

11. L'expérience de la dernière guerre a montré l'impérieuse nécessité d'instruire en temps de paix un nombre suffisant de spécialistes pour traiter les blessures maxillo-faciales à tous les échelons.