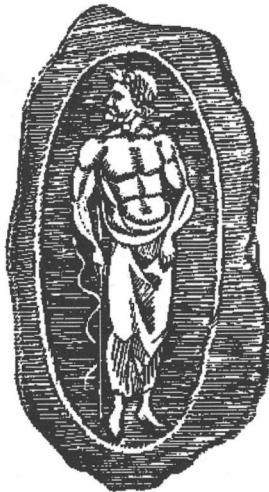


ISSN 0440-8888
Avril - Mai - Juin 2002

HISTOIRE DES SCIENCES MÉDICALES

ORGANE OFFICIEL
DE LA
SOCIÉTÉ FRANÇAISE D'HISTOIRE DE LA MÉDECINE



TRIMESTRIEL - TOME XXXVI - N° 2 - 2002

Société Française d'Histoire de la Médecine

CENTENAIRE 1902-2002

Manifestations des 29 et 30 novembre 2002

Vendredi 29 novembre 2002

Matinée : A l'ancienne Faculté de Médecine, 12 rue de l'Ecole de Médecine, Paris VIe.

- Exposition de livres médicaux de la maison d'édition Baillière, en activité depuis 1818.
- Présentation et vente de livres d'histoire de la médecine, œuvres de membres de notre Société, par le libraire Triniol ; d'ouvrages des éditions Louis Pariente ; de livres anciens par la librairie Alain Brieux.

15 h 00 - 18 h 00 : Grand Amphithéâtre de l'ancienne Faculté de Médecine de Paris.

- Allocution de bienvenue par Monsieur Pierre Daumart, Président de l'Université René Descartes.
- Historique de la SFHM par Monsieur Alain Ségal, Président.
- Communications de Messieurs Pierre Lefèvre, Marcel Guivarc'h, Jean-Louis Plessis.

Samedi 30 novembre 2002

9 h 30 - 12 h 00 : Grand Amphithéâtre de l'ancienne Faculté de Médecine de Paris.

- Communications de Messieurs Jacques Jouanna, Bernard Hoerni, Jean Flahaut, Madame Claire Salomon-Bayet.

Déjeuner libre.

14 h 30 - 18 h 00 : Grand Amphithéâtre de l'ancienne Faculté de Médecine de Paris.

- Communications de Messieurs Jean-Pierre Tricot, Alain Bouchet, Pierre L. Thillaud, Daniel Wallach, Jacques Postel.
- Conclusion par le Médecin en Chef Jean-Jacques Ferrandis, Secrétaire Général.

19 h 30 précises : Eglise du Val-de-Grâce 1, place Alphonse-Laveran 75005 Paris.

- Concert par le trio Wanderer : Vincent Coq, pianiste ; Jean-Marc Phillips-Varjabedian, violoniste ; Raphaël Pidoux, violoncelliste.

21 h 00 : Salle capitulaire du Val-de-Grâce

- Cocktail

La correspondance est à adresser :

Pour la rédaction :

à Madame J. SAMION-CONTET
62, rue Boursault - 75017 Paris

Pour les communications :

au docteur Jean-Jacques FERRANDIS
EASSA 1, place Alphonse Laveran - 75230 Paris cedex 05

Pour toute autre correspondance

au docteur Alain SÉGAL
38 bis rue de Courlancy - 51100 Reims (France)
Tél : 03 26 77 20 60 - Fax : 03 26 77 20 71

**COTISATION A LA SOCIETE FRANCAISE D'HISTOIRE DE LA MEDECINE
ABONNEMENT A LA REVUE "HISTOIRE DES SCIENCES MEDICALES"**

	Cotisation à la Société, seule	Abonnement à la Revue, seul	Cotisation et abonnement
	2002	2002	2002
Membre Union européenne	30 €	69 €	99 €
Membre autres pays	30 €	79 €	109 €
Membre étudiant	16 €	32 €	48 €
Membre donateur	70 €	70 €	140 €
Institution Union européenne		99 €	
Institution autres pays		109 €	
Retard (par année)	30 €	69 €	99 €

Prix de vente au n° : UE, 24 € - Autres pays, 28 €

Paiement par chèque bancaire ou postal (C.C.P. PARIS 2208 69 F) à l'ordre de la S.F.H.M. et adressé
à Madame M.-J. PALLARDY, trésorier, 152 boulevard Masséna, 75013 Paris.

Droits de traduction et de reproduction réservés pour tous pays.

Toute reproduction, même partielle est interdite sans accord écrit de la rédaction. Une copie ou une
reproduction des textes, dessins, publicité, par quelque procédé que ce soit, constitue une contrefa-
çon possible des peines prévues par la loi du 11 mars 1957 sur la protection des droits d'auteur.

© Société française d'Histoire de la Médecine : 12, rue de l'École de Médecine - 75006 Paris

Directeur de la Publication : Michel ROUX DESSARPS

Réalisation **Mégetexte** sarl - 51100 REIMS - 03.26.09.65.15 - Email : megatexte@mac.com
Dépôt légal 3^{ème} trimestre 2002 - Commission paritaire 1005 G 79968 - ISSN 0440-8888

HISTOIRE DES SCIENCES MÉDICALES

ORGANE OFFICIEL DE LA SOCIÉTÉ FRANÇAISE D'HISTOIRE DE LA MÉDECINE

REVUE TRIMESTRIELLE
FONDÉE PAR LE Dr ANDRÉ PECKER[†]

MEMBRES D'HONNEUR

Professeur A. BOUCHET, Professeur A. CORNET, Docteur Anna CORNET,
Médecin-Général L. DULIEU, Mademoiselle Paule DUMAÎTRE,
Professeur M. D. GRMEK[†], Médecin Général P. LEFEBVRE,
Professeur G. PALLARDY, Professeur A. SICARD[†], Professeur J.-Ch. SOURNIA[†],
Professeur J. THÉODORIDÈS[†], Docteur M. VALENTIN,
Docteur Th. VETTER

CONSEIL D'ADMINISTRATION 2002

BUREAU

Président : Docteur Alain SÉGAL, *Vice-Présidents* : Professeur Danielle GOUREVITCH et Docteur Pierre THILLAUD, *Secrétaire Général* : Docteur Jean-Jacques FERRANDIS, *Secrétaire Général adjoint* : Docteur Jean-Marie LE MINOR, *Secrétaire de Séance* : Docteur Alain LELLOUCH, *Trésorier* : Madame Marie-José PALLARDY

Directeur de la publication : Monsieur Michel ROUX-DESSARPS
Archiviste Rédacteur : Madame Janine SAMION-CONTET

MEMBRES

Docteur P. ATTIGNAC, Docteur M. BOUCHER, Docteur vétérinaire F. BOURDY, Madame P. CASSEYRE, Professeur Y. CHAMBON, Madame M.-V. CLIN, Médecin en chef J.-J FERRANDIS, Professeur L. P. FISCHER, Professeur D. GOUREVITCH, Docteur A. LELLOUCH, Docteur J.-M. LE MINOR, Docteur Ph. MOUTAUX, Professeur G. PALLARDY, Madame M.-J. PALLARDY, Professeur J.-L. PLESSIS, Professeur J. POSTEL, Professeur G. RAUBER, Monsieur G. ROBERT, Professeur J.-J. ROUSSET, Monsieur M. ROUX-DESSARPS, Madame J. SAMION-CONTET, Docteur A. SÉGAL, Docteur P. THILLAUD

Les articles de la revue "Histoire des Sciences médicales" sont analysés et indexés dans : *FRANCIS* (Institut de l'Information Scientifique et Technique, Vandœuvre-lès-Nancy Cedex, France), *Pub Med* (National Library of medicine, Bethesda) ; *Current work in the history of medicine* (The Wellcome Institute for the history of medicine, London), *Medexpres*, revue des sommaires des publications des sciences de la santé d'expression française.

HISTOIRE DES SCIENCES MÉDICALES

ORGANE OFFICIEL DE LA SOCIÉTÉ FRANÇAISE D'HISTOIRE DE LA MÉDECINE

TOME XXXVI

2002

N°2

Sommaire

Société française d'Histoire de la Médecine

Compte-rendu de la séance 30 juin 2001	117
Compte-rendu de la séance du 27 octobre 2001	122
Compte-rendu de la séance du 24 novembre 2001	126

Séance provinciale de Reims (19 mai 2001) et Verdun (20 mai 2001)

<i>Les médecins et la Bataille de Verdun</i> par le Dr Jacques SARAZIN	133
---	-----

<i>Les évacuations sanitaires durant la guerre 1914-1918 et notamment la Bataille de Verdun</i> par le Dr Jean-Jacques FERRANDIS	147
---	-----

<i>L'évolution de la chirurgie des plaies de guerre des membres en 1914-1918</i> par le Dr F. CHAUVIN, le Pr L.-P. FISCHER et le Dr J.-J. FERRANDIS	157
--	-----

<i>Les blessés de la face durant la Grande Guerre : les origines de la chirurgie maxillo-faciale</i> par le Pr François-Xavier LONG	175
--	-----

<i>Grande Guerre et psychiatrie</i> par le Pr Yvan FRAS	185
--	-----

<i>Séance consacrée à l'Eloge du Pr Jean-Charles Sournia (1917-2000) coordonnée par le Dr Alain Lelouch (30 juin 2001)</i>	193
<i>Le professeur Jean-Charles Sournia et la Société française d'Histoire de la Médecine</i> par le Pr A. CORNET et les Drs L. DULIEU et A. SÉGAL	195
<i>Jean-Charles Sournia, interne des hôpitaux de Lyon (1943), chirurgien à Alep (Syrie, 1953) et auteur avec Marianne Sournia de l’"Orient des premiers Chrétiens"</i> par le Pr L.-P. FISCHER et Collaborateurs	199
<i>Jean-Charles Sournia et l'histoire de la médecine arabe</i> par le Pr Gérard TROUPEAU	209
<i>Le professeur Jean-Charles Sournia, fondateur du Service médical et de la Revue de l'Assurance Maladie</i> par Mr Georges ROBERT	211
<i>Le rôle de Jean-Charles Sournia en terminologie médicale</i> par le Pr Maurice CARA	217
<i>Le professeur Jean-Charles Sournia et la Société internationale d'Histoire de la Médecine</i> par le Pr Jean-Pierre TRICOT	221
<i>Jean-Charles Sournia et l'histoire de la santé publique</i> par le Dr Alain LELLOUCH	227
<i>Jean-Charles Sournia, mon ami</i> par le Dr John CULE	237

SOCIÉTÉ FRANÇAISE D'HISTOIRE DE LA MÉDECINE

COMPTE RENDU DE LA SÉANCE DU 30 JUIN 2001

Ouverture de la séance à 15 heures, sous la coprésidence du Professeur Jean-Louis Plessis, président de la Société française d'Histoire de la Médecine et du Professeur Jean-Pierre Tricot, président de la Société Internationale d'Histoire de la Médecine, dans la salle du Conseil de l'Ancienne Faculté de Médecine, 12 rue de l'Ecole de Médecine, Paris 75006.

Le Président Plessis annonce cette séance particulière car, commune avec la Société Internationale d'Histoire de la Médecine et tout entière consacrée à l'éloge du Professeur Jean-Charles Sournia et à l'évocation de ses différentes contributions médico-historiques et scientifiques. A la demande du Président Plessis et du Bureau de la Société française d'Histoire de la Médecine, cette séance a été organisée et sera coordonnée par le Docteur Alain Lelouch, secrétaire de séance de la Société française d'Histoire de la Médecine et Secrétaire Général de la Société Internationale d'Histoire de la Médecine.

Le Président Plessis donne la parole au Secrétaire Général de la Société française, le Docteur Jean-Jacques Ferrandis.

1) Excusés

Pr André Sicard, Médecin Général Inspecteur Lefebvre, Drs Auzépy, Bourdy, Neuzil et Warolin, Mmes Davaine et de Sainte-Marie.

2) Décès

La Société française déplore le décès du Dr Jacques Poultus (11 février 2001).

3) Elections

Les candidats dont les noms suivent, ont été proposés à l'élection comme membres de notre Société française, lors de la dernière séance du 19 mai 2001, à Reims :

- Dr Pascal Meyer, oncologue radiothérapeute, Centre Gray, route d'Assevent, 59600 Maubeuge.
- Mr Sébastien Perrolat, doctorant en histoire, 26 rue de l'Hermitage, 36600, Valençay.

4) Propositions de candidatures

Les demandes suivantes de candidatures sont soumises à l'Assemblée, en rappelant que, conformément à nos statuts, ces candidats seront élus à l'issue du vote lors de notre prochaine réunion :

- Mr Nicolas Tardieu, 2 allée Picart-le-Doux, 87480 Saint-Priest Taurion.
- Dr Badjona Songne (Togo), chef de clinique-assistant en chirurgie, chargé de cours à l'Université de Lomé, Togo.

5) Informations

A signaler :

- La séance de l'Académie de Marine du 16 mai 2001 à laquelle la Société française d'Histoire de la Médecine était représentée par le Président Plessis. L'éloge du Doyen Kernéis y fut prononcé par son successeur, le Commissaire Général de la Marine, Michel Renvoise.

- L'exposition au Musée du Service de Santé des Armées : *"La participation du Service de Santé des Armées au monde civil : les hôpitaux coloniaux : 1890-1960"*.

6) Tirés à part, lettres, revues reçues

- *Bulletin de l'Association des amis du Musée et du Centre historique Sainte-Anne* : histoire de l'anesthésie à l'hôpital Sainte-Anne.

- XVIIème siècle, Honoré Champion ed. Slatkine, Droz et diffusion.

- *"L'enfance nous regarde"*, 125 ans de la Faculté de Médecine, Université de Genève, septembre-octobre 2001.

- Archives biographiques françaises, éditions microfiches.

- *L'internat à Paris*, n° 27, Orfila, Musée orphelin.

- *Pour la Science*, juin-juillet, 2001 avec un article : *"La naissance de la vie et prothèses dentaires étrusques"*.

7) Ouvrages reçus pour notre bibliothèque

- SOURNIA Jean-Charles et Marianne. - Copie de *"L'Orient des premiers chrétiens"*. Edition Fayard. Don du Professeur Paul-Louis Fischer.

- BARRAS Vincent et COURVOISIER Micheline. - *"La médecine des lumières : tout autour de Tissot"*. Bibliothèque de l'Histoire des Sciences.

- *"Soigner et consoler. La vie quotidienne d'un hôpital à la fin de l'Ancien Régime (Genève, 1750-1820)"*.

8) Communications scientifiques : *Eloges du Professeur Jean-Charles Sournia (1917-2000)*

- **André CORNET, Louis DULIEU, Alain SÉGAL** : *Le Professeur Jean-Charles Sournia et la Société française d'Histoire de la Médecine*".

Les auteurs retracent l'importante contribution du Professeur Jean-Charles Sournia (1917-2000), lors de ses trente-cinq années d'activité au sein de la Société française d'Histoire de la Médecine. Il y fut un secrétaire général attentif qui veilla, en 1973, à l'établissement d'une "reconnaissance d'utilité publique". Puis, en 1979 et 1980, il présida notre Société avec une grande autorité, conscient de la nécessité de certaines réformes. Il laisse, dans la revue *"Histoire des Sciences médicales"* dont il fut un rédacteur en chef vigilant, de nombreux travaux originaux, témoins de sa vaste culture et de la diversité de ses pôles d'intérêt : la médecine et la chirurgie de langue arabe, l'histoire de la santé publique, l'histoire du langage et particulièrement, celui de la médecine, Littré, les grandes épidémies dont la lèpre, l'alcoolisme, des biographies médicales... Il n'est donc pas étonnant de l'avoir vu proposer son *"Histoire de la Médecine et des Médecins"*.

- Louis-Paul FISCHER : *Jean-Charles Sournia, interne en chirurgie des hôpitaux de Lyon (1943) et chirurgien d'Alep : auteur, avec Marianne Sournia, de L'Orient des premiers chrétiens, chez Fayard (1966).*

La vie et les activités de Jean-Charles Sournia sont évoquées pour la période 1938 à 1966. Jean-Charles Sournia, né en 1917, a été élève de l'Ecole de Santé Militaire de Lyon, externe des Hôpitaux de Lyon en 1938, interne en 1943. Il était assistant en chirurgie thoracique, en 1948, chez les Professeurs Paul Santy et Marcel Bérard. Il effectua, à ce moment là, un stage en Suède, chez Crawford où il connut son épouse suédoise. Nommé professeur agrégé de chirurgie à Alep, il a effectué, semble-t-il, un séjour très actif : non seulement avec des cours de chirurgie à Alep mais en assurant, bénévolement, des cours d'anatomie à Beyrouth. Il s'intéressa à l'histoire de la Syrie et à son archéologie pendant la période byzantine du IVème au VIIème siècle. Une fois nommé professeur de chirurgie à la Faculté de Médecine de Rennes, avec son épouse à la Faculté des Lettres de Rennes, il écrivit *L'Orient des premiers chrétiens - Histoire et archéologie de la Syrie byzantine* (Fayard, 1966) en s'intéressant aux moines anachorètes et à ceux, comme St Siméon Stylite, vivant des dizaines d'années en haut d'une colonne, pour être plus proches de Dieu".

- Philippe TROUPEAU : *Jean-Charles Sournia et l'histoire de la médecine arabe.*

Mr Troupeau est professeur à l'Ecole Pratique des Hautes Etudes et aux Langues Orientales. Il est bien connu et ami de la famille. Il connaît parfaitement bien les livres de la Médecine arabe du XIème siècle et a contribué, avec Jean-Charles Sournia, à former un petit noyau d'élèves spécialisés dans l'histoire de la médecine arabe.

Interventions : Prs Gourevitch (Ecole Pratique des Hautes Etudes, IVème section) et Mabrouk, président de la Société Tunisienne d'Histoire de la Médecine et délégué national de la Tunisie pour la Société Internationale d'Histoire de la Médecine.

- Georges ROBERT : *Le Professeur Jean-Charles Sournia, fondateur du Service Médical et de la revue de l'Assurance Maladie.*

L'œuvre du Professeur Sournia au sein de l'Assurance-Maladie se prolonge avec l'action du Service Médical et la Revue qui sont des acteurs toujours présents de la politique de Santé, en France.

Intervention et témoignage de Mr Prieur, directeur de la CNAMTS qui eut le Professeur Sournia comme premier médecin-conseil national, de 1969 à 1978.

- Maurice CARA : *Le rôle de Jean-Charles Sournia en terminologie médicale.*

Les séjours de J.-Ch. Sournia au Moyen-Orient, ses contacts avec les services de traduction de l'OMS, son goût pour la philologie et l'histoire ainsi que l'influence de sa femme d'origine suédoise, lui ont permis d'acquérir une vaste connaissance des langues et des civilisations. Aussi, après avoir été élu, en 1984, membre de l'Académie Nationale de Médecine, il devient rapidement Président de la Commission de la Langue Française... A partir de 1994, J.-Ch. Sournia a été l'initiateur du *Dictionnaire de l'Académie de Médecine*. Les 15 tomes de cet ouvrage rassemblent, par spécialité, l'ensemble du vocabulaire médical : cinq sont déjà parus, plusieurs sont sous presse. Malheureusement, notre regretté confrère ne verra pas l'achèvement de cette collection

qu'il a préparée et dirigée d'une main ferme jusqu'à son dernier jour... Avant d'entreprendre le *Dictionnaire de l'Académie de Médecine*, il dirigea la parution de plusieurs petits dictionnaires portant sur des domaines spécialisés : dictionnaires d'alcoologie, de la santé publique, de génétique....

Enthousiaste, érudit, malicieux et élégant, J.-Ch. Sournia perpétuait l'humanisme médical et luttait contre la déshumanisation de la médecine. La disparition inopinée de mon ami privé l'élite médicale d'un ardent défenseur de la langue française et d'un penseur qui avait beaucoup réfléchi sur l'évolution et l'avenir de la médecine. Il laisse à tous ceux qui étaient attelés à la même tâche, celle ardue de mener à bien l'achèvement de l'œuvre entreprise et de continuer son action.

Interventions : Le Pr Pallardy fait part à l'assemblée de son témoignage d'auteur du *Dictionnaire de l'Académie de Médecine* et le Dr Lelouch souligne, quant à lui, le rôle important joué, encore récemment, par J.-Ch. Souria et par le *Comité des termes médicaux français* (qu'il présidait) dès qu'il s'est agi de valider les règles sémantiques de la nouvelle classification commune des actes médicaux. (Celle-ci doit prochainement être utilisée, dans tous les hôpitaux publics et les cliniques privées de France, à l'initiative du Ministère de la Santé).

- Jean-Pierre TRICOT : *Sournia, président de la Société Internationale d'Histoire de la Médecine et président du Congrès International de Paris.*

Durant le dernier quart de siècle, Jean-Charles Sournia aura influencé fortement les activités de la Société Internationale d'Histoire de la Médecine (SIHM). D'une part, en rédigeant de nouveaux statuts, modernisant les procédures et introduisant l'anglais comme seconde langue officielle, ce qui permit une plus grande ouverture au Nouveau Monde. D'autre part, en organisant un congrès international mémorable à Paris, en 1982, congrès dont deux des thèmes lui tenaient particulièrement à cœur, l'histoire de la santé publique et celle de la communication en médecine, congrès qui permit, tant à la Société française qu'à la Société Internationale d'Histoire de la Médecine, de se profiler encore mieux et plus durablement chez les historiens de la médecine du monde entier. Jusqu'à la fin de sa vie, J.-Ch. Sournia restera un conseiller souvent sollicité et toujours écouté au sein des diverses instances de la Société Internationale d'Histoire de la Médecine.

- Alain LELOUCH : *La contribution de Jean-Charles Sournia à l'histoire de la santé publique.*

Le chirurgien Sournia fut aussi homme de santé publique, passionné par l'histoire d'une spécialité à laquelle il consacra plusieurs années de sa vie. Ses origines familiales militaires marquèrent sûrement d'une forte empreinte sa façon de "servir" la collectivité. Son intérêt pour la santé publique se reflète encore dans sa passion pour l'analyse comparée des systèmes de santé, ses fonctions de premier médecin conseil-national puis de directeur général de la santé, la part prépondérante qu'il prit dans la préparation du Congrès international de Paris. Pourquoi encourager l'histoire de la santé publique ? La notion de "santé publique" est-elle récente ? Pourquoi a-t-elle si peu intéressé jusqu'à présent les médecins ? Qu'inclure sous ce vocable ? Quels liens se sont tissés, au fil des ans, entre "santé publique" et "médecine sociale" ? Voilà cinq questions aux-quelles on s'efforcera de répondre ici, à partir de plusieurs citations.

Cet exercice périlleux entre “personne” et “groupe”, entre médecine clinique, individuelle et “médecine sociale” ou “santé publique”, plus collectives, entre santé d’un malade et santé de toute une population, Sournia, mieux que quiconque, à la fois chirurgien et homme de santé publique, aura magistralement su le vivre et le mettre en pratique.

Interventions : Prs Fischer et Médecin Général Doury (qui souligne le rôle majeur joué par la Médecine coloniale militaire grâce à qui a été écrite l’une des plus belles pages d’histoire de la Santé publique française).

- **John CULE** : “*Jean-Charles Sournia, mon ami*”.

Quand je pense à la France, je pense à Jean-Charles Sournia ; quand je pense à l’Histoire de la Médecine, je pense à Jean-Charles Sournia ; quand je pense à la Société Internationale d’Histoire de la Médecine, je pense à Jean-Charles Sournia. Visiter Paris, avec Leslie, ma femme, c’était encore voir Jean-Charles et Marianne Sournia, rue de Rennes... Son expérience en chirurgie et en santé publique le qualifiait tout particulièrement comme historien de la clinique médicale... Nous nous souviendrons de lui comme l’épigone français souriant de la Société Internationale d’Histoire de la Médecine. Jean-Charles, la Société Internationale vous salue. A présent, nous ne vous disons pas “adieu” mais “au revoir”.

Après ces huit communications-témoignages dédiés à Jean-Charles Sournia et avant la conclusion de la séance par le Président Plessis, le Secrétaire de séance rappelle que :

- à la demande de la famille et notamment de sa fille aînée, Mme Christine Fay, il a été créé, auprès de l’Académie de Médecine, un “*prix Jean-Charles Sournia*”, destiné à couronner, chaque année, un travail original récent, consacré à l’histoire de la médecine et rédigé en langue française et d’un montant de 10 000 FF, soit 1.600 euros ;

- Il a également été inauguré officiellement, à Villeurbanne, un Centre de cure ambulatoire d’alcoologie, dénommé, “Centre Jean-Charles Sournia” ;

- à l’initiative de l’un de nos membres, le Dr Philippe Albou, un contact a été pris avec le Conseil municipal de la ville de Bourges (cité natale du Pr Sournia où vit encore l’une de ses sœurs) pour qu’une rue de la ville soit aussi baptisée au nom de J.-Ch.Sournia. Un courrier sera adressé à Mr Le Peletier, sénateur-maire de la ville de Bourges.

Mme Fay, fille aînée du Professeur Sournia, remercie de cette initiative pour laquelle la famille donne son accord ; elle annonce aussi qu’elle offrira un don aux deux Sociétés (Française et Internationale) d’Histoire de la Médecine, présidées par son père.

Le Président Plessis, président de la Société française d’Histoire de la Médecine remercie chaleureusement Mme Fay de sa générosité. Il fait part encore aux participants et aux orateurs de sa satisfaction de la tenue de cette réunion, tout entière dédiée à l’évocation du Professeur Sournia. Il croit en mesurer indirectement le succès par la multiplicité et la qualité des questions et interventions (auxquelles ont donné lieu les communications) ainsi que par les nombreux participants présents (en cette période toute proche de vacances de juillet). Le Professeur Tricot, président de la Société Internationale d’Histoire de la Médecine s’associe à ces remerciements. La séance est levée par le Pr Plessis, à 18h15.

La prochaine séance de la Société française d'Histoire de la Médecine se tiendra *le samedi 27 octobre 2001 au Val-de-Grâce*.

Dr A. Lellouch,
Secrétaire de séance

COMPTE RENDU DE LA SÉANCE DU SAMEDI 27 OCTOBRE 2001

Ouverture à 15 heures, sous la coprésidence du Médecin Général Inspecteur Jean-Pierre Daly, directeur de l'Ecole d'Application du Service de Santé des Armées et du professeur Jean-Louis Plessis, dans l'Amphithéâtre Rouvillois de l'Ecole d'Application du Service de Santé des Armées.

Le Président Plessis remercie le Médecin Général Inspecteur Daly, Directeur de l'EASSA.

Il donne la parole au Secrétaire de séance, le docteur Alain Lellouch qui présente le procès-verbal de la séance précédente du 30 juin 2001. Elle s'est tenue dans la Salle du Conseil de l'Ancienne Faculté de Médecine. Elle a été commune avec celle de la Société Internationale d'Histoire de la Médecine et a eu pour thème l'éloge de Monsieur le Professeur Jean-Charles Sournia, ancien Président de la Société française d'Histoire de la Médecine et Président d'honneur de la Société Internationale d'Histoire de la Médecine.

Lecture du procès-verbal par le Docteur Alain Lellouch et adoption à l'unanimité.

Le Président donne ensuite la parole au Secrétaire Général, le Docteur Jean-Jacques Ferrandis.

1) *Excusés*

Les membres suivants de notre Société m'ont demandé d'être leur interprète en vous priant de bien vouloir excuser leur absence aujourd'hui : Pr André Sicard, Doyen Jean Flahaut, Pr Marcel Guivarc'h, Dr vétérinaire Franck Bourdy, Président de la Société d'Histoire vétérinaire, Drs Paul Fleury et Xavier Long.

2) *Décès*

Nous avons à déplorer le décès du docteur Jary Bordes, de l'Association Médicale Haïtienne.

3) *Démissions*

Les Drs Michel Payrière et Lucien Assayas souhaitent démissionner à partir du 31.12.2001.

4) *Elections*

Les candidats sont les noms suivants ont été proposés à l'élection comme membres de notre Société, lors de notre dernière séance du 30.06.2001 :

- Mr Nicolas Tardieu, 2 allée Picart-le-Doux, 87480 Saint-Priest Taurion
- Dr Badjona Songne (Togo), Chef de clinique assistant en chirurgie, chargé de cours à l'Université de Lomé, Togo.

Le président procède au vote. Les candidats sont élus à l'unanimité.

5) Proposition de candidatures

Les candidatures suivantes ont été présentées à la Société, en rappelant que, conformément à nos statuts, ces candidats seront élus, à l'issue du vote, lors de notre prochaine réunion, le 24 novembre :

- Pr Jacqueline Gateaux-Mennecier, Professeur des Universités, 73 rue de Paris, 92100 Boulogne. Parrains : Drs Auzépy et Ferrandis.
- Dr Philippe Benard, 8 rue Edouard Fournier, 75116 Paris. Parrains : Prs Jacques Postel et Jacques Chazaud.

6) Informations diverses

- Le programme des conférences d'Histoire et de Philosophie de la Médecine, année universitaire 2000-2001, sous la direction du Pr Jean-Noël Fabiani et de son adjoint Mr Patrick Conan.

- La Lettre du Musée éditée par l'Association des amis du Musée de la Faculté de Nancy, annonçant l'exposition temporaire : "La chirurgie lorraine de 1872 à 1919". Avec une conférence de notre collègue, le Pr Philippe Vichard sur "la naissance de l'Ecole chirurgicale lorraine", présentée l'an dernier à notre tribune.

- Une exposition a lieu au Musée de l'Assistance Publique et des Hôpitaux de Paris : "Demain sera meilleur...". Hôpital et utopies.

- L'Exposition au Musée du Service de Santé des Armées : "La participation du Service de Santé des Armées au monde civil : les hôpitaux coloniaux 1890-1960" est prolongée jusqu'au 31 décembre 2001.

- Le Professeur Bernard Hoerni, nouveau Président du Conseil National de l'Ordre National des médecins a répondu à la lettre de félicitations que lui avait adressée notre secrétaire général, au nom de tous nos collègues. "Merci cher ami, pour votre aimable message, complétant celui du Président Plessis et que je prends comme un encouragement précieux au seuil d'une mission difficile".

- Le Président Jean-Louis Plessis et le Secrétaire Général Jean-Jacques Ferrandis ont assisté au Musée d'Histoire de la Médecine à la présentation de l'ouvrage du Doyen Jean Flahaut sur "Cadet de Gassicourt" et du Professeur Marcel Guivarc'h sur "Jobert de Lamballe".

7) Tirés à part et news letters, revues reçues

- "Bulletin du Centre d'étude d'Histoire de la Médecine de Toulouse", n° 37 de juillet 2001, au sommaire : "Les théories de l'embryon chez les auteurs médicaux antiques et chez les premiers auteurs chrétiens" par Aline ROUSSELLE et "Le dossier médical d'une famille de la bourgeoisie moissagaise des premiers bourbon à la restauration" par Henry RICALENS.

- De l'Académie Nationale de Metz, Sciences, Arts et Lettres, Extraits des mémoires 2000. Un article de notre collègue François JUNG : "Le Docteur Paul Michaud, 1854-1923, Chirurgien des hôpitaux de Paris. Fondateur de la Fédération des patronages de France.
- Revue "Pour la Science" Edition française de Scientific American, août 2001. A noter un dossier sur "les maladies à prions".
- Revue "Pour la Science" Edition française de Scientific American, septembre 2001. Un dossier sur les biofilms.
- Dans la revue médicale de la Suisse romande à noter un article de U. GERMANN "Naissance de la psychiatrie légale en Suisse, 1890-1950".
- A signaler également : les numéros 3 et 4 du volume 25 ainsi que les numéros 1, 2 et 3 du volume 26 de la revue "Acta Physiologica et Pharmacologica Bulgarica".
- A noter enfin les numéros 3 et 4 de la revue "Verhandelingen", éditée par la Koninklijke Academie voor Geneeskunde van België.

8) Ouvrages reçus pour notre bibliothèque

- "De notre collègue, le Doyen Jean FLAHAUT, président de l'Académie de Pharmacie : un important ouvrage sur "Cadet de Gassicourt", édité par l'Association des amis du Musée d'Histoire de la Médecine.
- Dans la même édition, l'ouvrage de notre collègue, le professeur Marcel GUIVARC'H, ancien Secrétaire Général de l'Académie de Chirurgie, sur "Jobert de Lamballe".
- De José Lopes SANCHEZ : "Carlos J. Finlay. His life and his work". Editorial José Marti, publicationes en lenguas extranjeras. Apartado 4208, La Habana, 10400, Cuba, 1999.
- De Bruno HALIOUA : "Histoire de la Médecine", préfacé par le Professeur J.N. Fabiani. Ed. Masson, Paris, 2001. L'ouvrage retrace l'évolution de la médecine de l'Antiquité à nos jours. Il comporte quatre index.
- Du Comité d'Histoire de la Sécurité Sociale : "Association pour l'étude de la Sécurité sociale", 2001. Ed. Uncanss, Paris, 2001.
- De Wouter BRACKE and Herwig DEUMENS : "Medical Latin from the late Middle Ages to the Eighteenth Century". Ed. Koninklijke Academie voor geneeskunde van België, Brussels, 2000.
- De Patricia FAASSE : "Zuiver om de wetenschap". De Akademie en haar levenswetenschappelijke instituten. Ed. Koninklijke Nederlandse Akademie van Wetenschappen, Amsterdam, 1999.
- De Pieter G. JANSSENS, Marc WERY et Sonia PASKOFF : "Adrien Charles Loir, Pasteurien de première génération" : Ed. Koninklijke Academie voor overzeese Wetenschappen. Brussels, 2000 (Académie des Sciences d'Outre-Mer).

9) Communications

- **Jacques CHAZAUD** : “*Règles pour la conduite de l'esprit d'examen en psychiatrie : le discours de la méthode de Gilbert Ballet*”

G. Ballet (Président en 1909-1910 de la Société française d'Histoire de la Médecine), a écrit, en introduction à ses Cliniques (1887) un véritable “Discours de la Méthode” en psychiatrie. Celui-ci relu pour cette communication, annonce les grands courants à venir d'une psychiatrie en attente de “scientificité” et prend, après-coup, une valeur prémonitoire.

- **Pierre MADELINE** : “*Les aphorismes cardiaques de Corvisart, recueillis par Laennec en 1802*”

Les aphorismes recueillis à l'hôpital de la Charité, en 1802 (An X), par Laennec aux leçons de son maître Jean-Nicolas Corvisart, sont consacrés pour une large part à la cardiologie. Ils illustrent les méthodes d'enseignement de Corvisart et permettent surtout de discerner ses conceptions médicales, fondées sur la finesse de l'étude sémiologique, la rigueur de l'examen clinique, l'analyse des symptômes et leur confrontation avec les donnés anatomiques, ouvrant ainsi l'ère de la méthode anatomo-clinique et d'une nouvelle médecine, que devait poursuivre et amplifier son élève Laennec. Ces aphorismes témoignent aussi du sens clinique de Corvisart et de la prémonition qu'il a eue de pathologies, notamment cardiaques, qui devaient être identifiées beaucoup plus tard.

- **Francis TRÉPARDOUX** : “*Vincenzo Bellini, son décès à Paris en 1835. Etude biographique et médicale*”.

Né en 1801 à Catane, Bellini décédait brutalement à Puteaux près Paris au mois de septembre 1835. Une célébration nationale est prévue à Paris pour honorer sa mémoire à l'occasion du bicentenaire de sa naissance. L'objet de cette étude est de relater les circonstances détaillées des dernières semaines de sa vie, notamment en ce qui concerne le manque de soins médicaux. L'intervention tardive du médecin italien Montallegri interroge en raison de son caractère clandestin, celui-ci n'étant pas autorisé à exercer en France. L'autopsie demandée par l'autorité du roi, réalisée par le Professeur Dalmas (1799-1844), oriente le diagnostic vers l'amibiase intestinale compliquée d'abcès au foie, dans une différenciation nette d'une atteinte par le choléra. Dans le domaine intestinal, les publications de Dalmas sont analysées. Les moyens thérapeutiques existants, émétique et quinine, permettaient d'enrayer transitoirement la maladie. Ils ont été ignorés totalement en raison des théories de Broussais en vigueur à la Faculté de Paris. Une vue rétrospective sur la dysenterie amibienne au XIX^e siècle, met en lumière les avancées thérapeutiques obtenues dans les pays chauds par les médecins de la Marine A. Ségond en 1834, et A. Dutroulau vers 1845, qui récusent les théories anciennes. Avec un régime hydrique suffisant, ils mettent en œuvre l'ipéca, la quinine, le calomel ainsi que des lavements désinfectants. Cependant, le pronostic de la maladie en phase de récidive demeure mauvais et imprévisible. Ainsi sur le plan clinique, le cas de Bellini peut entrer dans les critères retenus par ces auteurs.

- **Patrice LE FLOCHE-PRIGENT, Antoine DRIZENKO, Monique POTIER, Christian GALANTARIS** : “*De Humani Corporis Fabrica ; Bâle, J. Oporinus, 1543, d'André Vésale, reçu par la Laboratoire d'Anatomie de la Faculté de Médecine de Paris, en 1920*”.

Un exemplaire complet, en bon état général, avec quelques traces d'usage, de la 1ère édition du *De Humani Corporis Fabrica* (juin 1543) a été enregistré le 6 mai 1920 par le "Laboratoire d'Anatomie de la Faculté de Médecine de Paris" comme l'attestent trois tampons en début d'ouvrage. Ce fort in-folio, de 708 pages sur papier vergé un peu fin, présente une reliure archaïque, probablement d'origine à quatre gros nerfs, dont le recouvrement a été changé par du vélin, peut-être au XVIIème siècle.

Deux inscriptions non signées ont été ajoutées : l'une au début du XVIIIème siècle, sur deux lignes, par un scripteur à la forte personnalité qui souligne l'illustration par Calcar, élève du Titien (en haut du verso de la page de garde) ; la seconde, au tout début du XIXème siècle, sur sept lignes en haut du verso de la deuxième de couverture, rappelle les conditions de la première édition et témoigne d'une personnalité moindre du scripteur qui a ajouté en chiffres arabes l'année d'édition, au bas du frontispice.

Les grandes planches anatomiques par Calcar (v. 1510-v. 1546) et le frontispice sont d'une remarquable qualité artistique et ont été gravées sur bois pour l'édition. Les autres illustrations didactiques, anatomiques sont de bonne qualité.

Les initiales (lettrines) historiées en rapport avec le sujet, l'excellence de la typographie et de la mise en page, l'appel des légendes de figure par des lettres intégrées au dessin contribuent aussi au fait que cette œuvre magistrale soit un événement non seulement dans l'histoire de l'anatomie, Vésale introduisant la discipline dans le domaine scientifique par la seule foi à l'observation directe et chez l'homme, mais aussi un événement dans l'histoire du livre.

La séance se termine à 18 heures.

La séance suivante se tiendra *le samedi 24 novembre 2001 à 15 heures dans la salle des rencontres, à l'Institution Nationale des Invalides, Hôtel National des Invalides, 6 boulevard des Invalides, 75007 Paris.*

Dr A. Lellouch,
Secrétaire de séance

COMPTE RENDU DE LA SÉANCE DU SAMEDI 24 NOVEMBRE 2001

Ouverture de la séance à 15 heures, sous la présidence du Médecin Général Jean-Pierre Bonsignour, directeur de l'Institution Nationale des Invalides (I.N.I.) et du Président Jean-Louis Plessis, dans la Salle des Rencontres de l'I.N.I., 6 boulevard des Invalides, 75007 Paris.

Le Président Plessis remercie le Médecin Général Bonsignour.

Le Président donne la parole au Secrétaire de séance le Docteur Alain Lellouch qui présente le procès-verbal de la séance précédente du 27 octobre 2001. Elle s'est tenue dans l'Amphithéâtre Rouvillois de l'Ecole d'Application du Service de Santé des Armées et a été coprésidée par le Médecin Général Inspecteur Daly. Procès-verbal adopté à l'unanimité.

Le Président donne ensuite la parole au Secrétaire général, le Docteur Jean-Jacques Ferrandis.

1) Excusés

Doyen Flahaut, président de la Société française d'Histoire de la Pharmacie, Prs André Sicard et Postel, Drs Chazaud, Fleury, Long et Schul.

2) Elections

Les candidats dont les noms suivent, ont été proposés à l'élection comme membres de notre Société, lors de notre dernière séance du 30 juin 2001 :

- Pr Jacqueline Gateaux-Mennecier, professeur des Universités, 73 rue de Paris, 92100 Boulogne. Parrains : Dr Auzépy et le Médecin Colonel Ferrandis.
- Dr Philippe Benard, 8 rue Edouard Fournier, 75116 Paris. Parrains : Drs Postel et Chazaud.

3) Proposition de candidatures

Ont été reçues les demandes suivantes de candidature à la Société qui sont soumises à l'Assemblée, en rappelant que, conformément à nos statuts, ces candidats seront élus, à l'issue du vote, lors de notre prochaine réunion :

- Dr Bernard Bodelet, membre du Collège français d'ORL et de Chirurgie maxillo-faciale, 32 rue Dauphine, 88100 Saint-Die. Parrains : Dr Long et Médecin Colonel Ferrandis.
- Pr Jean-Louis Poncet, agrégé du Val de Grâce et chef du service ORL et de Chirurgie maxillo-faciale de ce même hôpital, 74 boulevard du Port-Royal, 75230 Paris Cedex 05. Parrains : Pr agrégé Pierre de Rotalier et Médecin Colonel Ferrandis.
- Dr Julien Wyplos, chirurgien honoraire des Hôpitaux, auteur de nombreux articles d'Histoire de la Médecine dans la Revue du Praticien. Parrains : Pr Plessis et le Médecin Colonel Ferrandis.
- Mme Céline Pauthier, docteur en Histoire du Droit. Parrains : Pr. Imbault-Huart et Dr Albou.

4) Informations diverses

A signaler :

- La mise en route progressive du tout nouveau site internet de la *Société française d'Histoire de la Médecine en collaboration avec la Bibliothèque Inter Universitaire de Médecine de Paris (BIUM)* www.bium.univ-paris5.fr/sfham (responsable du contenu du site : Dr A. Lellouch).
- L'existence d'un véritable "portail" en Histoire de la Médecine sur le site de la BIUM : www.bium.univ-paris5.fr, avec toute une série de "partenaires" : outre la SFHM, la *Société Internationale d'Histoire de la Médecine*, le *Musée d'Histoire de la Médecine*, les *Sociétés Françaises d'Histoire de l'Anesthésie, de la Chirurgie dentaire, l'Académie Nationale de Chirurgie*.

- Le 71ème *Après-midi du Livre* de l'Association des Ecrivains Combattants, Musée de l'Armée, ce samedi 24 novembre 2001, dans le salon d'honneur et les Salons d'Ornano de l'Hotel National des Invalides, avec notamment la participation de notre collègue, le Dr Michel Valentin.

- Les conférences (2001-2002) d'Histoire et de Philosophie de la Médecine, les mardis de 17h30 à 19h inaugurées par A. Debru les 6 et 29 novembre ("Hippocrate et la Médecine rationnelle" et "Galen et la médecine de son temps") ainsi que par P. La Marne, M. Geoffroy et R. Zittoun ("A quoi peut servir une philosophie de la médecine ?").

- Le programme 2001-2002 des séminaires du Centre Alexandre Koyré, Pavillon Chevreul, 57 rue Cuvier, Paris 75005, le jeudi de 17h à 19h avec en alternance deux thématiques : "Histoire des Stations maritimes et de la Biologie marine" (J.L. Fischer) ; "Le Musée naturel et son exploitation dans les connaissances médicales et les pratiques thérapeutiques" (J.L. Fischer et P. Triadou) avec en particulier, le 29 novembre : *Un hommage à Mirko Grmek*, de Louise L. Lambrecht à l'occasion de la sortie éditoriale aux éditions du Seuil de deux volumes de M.D. Grmek : "La vie, les maladies et l'histoire" (vol. I) et "La guerre comme maladie sociale et autres textes politiques" (vol.II).

- Le 8ème Colloque CNEM (Compagnie Nationale des Experts Médecins), "Le médecin face à la juridiction pénale", 1er décembre 2001, Palais de Justice de Rouen.

- Le 38ème Congrès de la Société Internationale d'Histoire de la Médecine qui se tiendra en septembre 2002 à Istanbul. Date limite d'envoi des résumés des communications orales le 28/02/02 (renseignements pratiques : Drs Ph. Albou et A. Lelouch). Une importante participation des collègues français et francophones au Congrès d'Istanbul serait vraiment souhaitable.

- Enfin, autre manifestation et non des moindres à noter les **29-30 novembre 2002 : le Centenaire de la Société française d'Histoire de la Médecine (1902-2002)**.

- Parmi les ouvrages remarquables, récemment parus, on mentionnera les quatre nouveaux volumes du *Dictionnaire de l'Académie Nationale de Médecine*, publiés aux Editions du CILF, Conseil International de la Langue Française (11 rue Navarin, 75009 Paris ; commande par tél. : 01 48 78 73 95 et fax : 01 48 78 49 28) : "Dictionnaire de l'appareil locomoteur", "Dictionnaire de l'anesthésie, de la réanimation et de l'urgence", "Dictionnaire de l'urologie et de la néphrologie", enfin "Dictionnaire de l'imagerie médicale et des rayonnements", du président Pallardy. Prix du tome : entre 50 et 122 euros.

5) Communications

- **Gabriel RICHET** : "La contagion de la morve. Méthode d'étude de P. Rayer à la ferme de Lamirault"

Un cas de morve aiguë humaine observé en 1837 et présenté aussitôt à l'Académie de Médecine a conduit Rayer à donner une description anatomo-clinique de la maladie et d'affirmer qu'elle était contagieuse. Les vétérinaires et quelques médecins ont marqué leur désaccord total.

Récemment, l'Académie a pu se procurer des archives manuscrites de Rayer qui contiennent entre autres les résultats jamais publiés d'expériences concluantes sur la

contagion de cette maladie, expériences conduites à la ferme de Lamirault en Seine-et-Marne où l'armée avait installé une infirmerie pour ses chevaux. Rayer a procédé à des inoculations au cheval et à l'âne, des passages en série, observé la contagion directe par contage et indirecte par le matériel d'écurie, établi la spécialité des sécrétions morteuses transmettant la maladie, l'unicité morbide des formes aiguës et chroniques dont il a écrit l'histoire naturelle, la fréquence des formes latentes mais contagieuses ainsi que la possibilité de guérison au moins apparente. Il a aussi exclu l'intervention d'autres facteurs souvent incriminés, fatigue, aération et nourriture... La méthode suivie trente ans avant Pasteur est toujours d'actualité, par exemple, dans l'approche du Sida et de l'encéphalite spongiforme des bovins.

Par leur logique et leur rigueur expérimentale, les travaux de Rayer constituent un modèle de ce qui pouvait être réalisé avant l'ère pastoriennne en matière de maladies contagieuses. Rien de surprenant à ce que Rayer ait joué un rôle majeur dans l'épanouissement de la médecine du milieu du XIXème siècle, en particulier par son influence sur son interne Claude Bernard qui lui vouait une affection filiale et qui fut le premier président et fondateur de la Société de Biologie, en 1848.

Interventions : Pr Petithory, Dr A. Lellouch.

- Maurice PETROVER : "L'œuvre anatomopathologique de Laennec à l'éclairage des sciences naturelles"

Intervention : Dr Lellouch.

- Bernard MARC : "Les infirmières dans les premiers temps de la guerre de 1914-1918"

Le premier conflit mondial a été l'origine de problèmes nouveaux et illimités pour les autorités militaires et pour le service de santé des armées, sortant de la réforme de 1912 et manifestement débordé par la guerre moderne ayant débuté en 1914. Des journalistes et des hommes politiques célèbres comme Barrès et Clemenceau s'élèvent contre le sort dramatique réservé aux blessés. La première guerre mondiale vit l'introduction de nouvelles techniques pour causer des pertes à l'ennemi dont l'usage des mitrailleuses et celui de l'artillerie employée massivement. Il en résulta un afflux massif de blessés et de malades qui satura très vite le service de santé et tous les moyens d'évacuation vers l'arrière. Du 2 août 1914 au 31 décembre 1914, 798 833 blessés français et 322 672 malades seront traités par la 7ème direction de l'armée, chargée du service de santé.

Dans de telles circonstances, une organisation sanitaire parallèle, bénévole et efficace prend une importance inconnue jusqu'alors. Cette organisation, celle de la Croix-Rouge, regroupait la Société française de secours aux blessés militaires (S.S.B.M.), l'Union des Femmes de France (U.F.F.) et l'Association des Dames françaises (A.D.F.).

Ces trois organisations, avec l'appui de nombreuses structures religieuses, ont apporté une réelle structure de soins, indispensable dans une période de désorganisation comme l'était le début du premier conflit mondial. Partout vont se créer des structures de soins comme l'hôpital temporaire n° 103 à Paris, hôpital type de l'Union des Femmes de France, associant bénévoles et médecins et chirurgiens civils. Pour améliorer le niveau des personnels, un effort de formation particulièrement notable fut organisé pour former des infirmières en quantité, le mieux et le plus vite possible. Pendant la

première année de la première guerre mondiale, les infirmières emporteront l'estime en ayant su, par leur action, compenser le désordre des premiers temps.

Interventions : Prs Plessis et Monod-Broca, Mme de Bure, Drs Van der Pooten et Ferrandis, Pr Guichard.

- **Sebastiao Gusmao** : *“Broca et les débuts de la neurochirurgie moderne”*
(Communication lue par le Médecin Colonel Ferrandis)

Broca a associé la connaissance de la localisation de la fonction du langage (pour faire le diagnostic topographique de la lésion cérébrale) et celle de la topographie crânio-cérébrale (pour délimiter l'endroit de l'ouverture crânienne) et les a appliquées dans le traitement des lésions intra-crâniennes. De ce fait, il a fait le premier pas de la neurochirurgie moderne et mérite donc le titre de précurseur de cette spécialité.

Interventions : Prs Monod-Broca, arrière-petit-fils de Broca et Guivarc'h, Dr Ferrandis.

- **Willy Hansen et Jean Freney** : *“Arnauer Hansen (1841-1912), portrait d'un pionnier nordique de la Bactériologie”* (Communication lue par le Dr Alain Ségal)

Interventions : Prs Plessis et Rousset, Médecin Général Doury.

A 18 heures 15, le Président Plessis lève la séance, remerciant les orateurs pour la qualité de leur communication et l'Assemblée pour son active participation..

La prochaine séance se tiendra *le samedi 15 décembre 2001 à 15 heures, dans l'Amphithéâtre Rouvillois de l'Ecole d'Application du Service de Santé des Armées, au Val-de-Grâce, 1 place Alphonse-Laveran, 75005 Paris.*

Dr A. Lellouch,
Secrétaire de séance

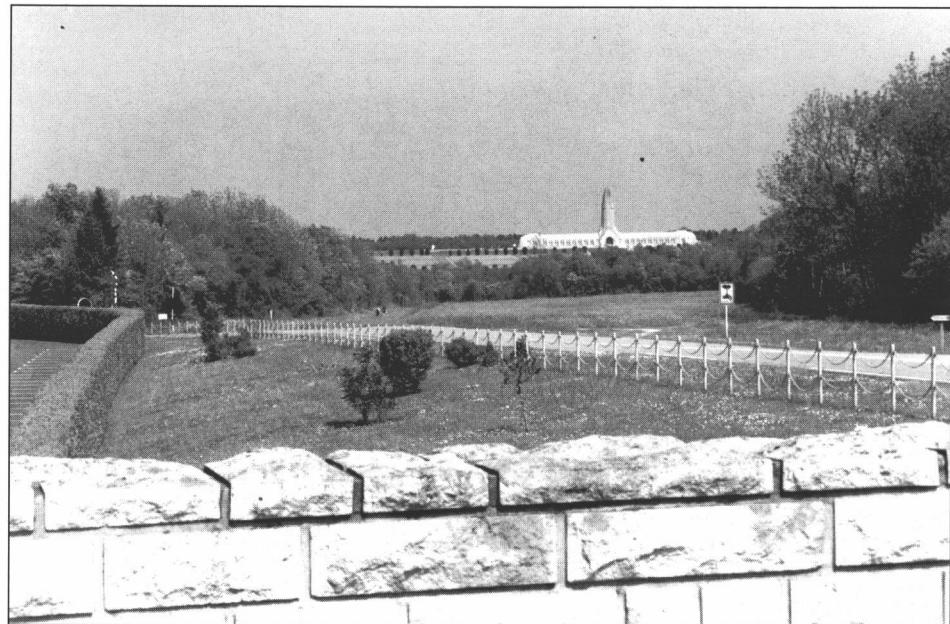
Séance provinciale de Reims-Verdun

Reims, samedi 19 mai 2001

Verdun, dimanche 20 mai 2001

Le Service de santé de la Guerre 1914-1918

La Bataille de Verdun





Les médecins et la bataille de Verdun

21 février - 16 décembre 1916 *

par Jacques SARAZIN **

Les historiens ont appelé l'année 1916 "l'Année de Verdun". Cette bataille déclenchée le 21 février 1916 s'est déroulée tout au cours de cette année suscitant du côté français des craintes et des appréhensions. Après la reprise des forts au mois de décembre 1916, les positions se stabilisèrent à peu près jusqu'à l'offensive finale de juin 1918 avec la reprise de la poche de Saint-Mihiel et des hauteurs de Montfaucon.

Cette bataille s'inscrit dans les différents événements qui se succédèrent depuis l'entrée en guerre du 2 août 1914.

Bien avant le début du conflit, l'état-major allemand, sous la direction du général von Moltke, avait conçu un plan d'invasion de la France consistant à traverser la Belgique (pays neutre) et à surprendre les Français de façon à pénétrer rapidement dans leur territoire, l'aile droite de l'armée allemande, très renforcée, débordant par l'ouest l'aile gauche de l'armée française. L'armée allemande pouvait alors contourner Paris en passant à l'ouest. Une victoire rapide était ainsi espérée.

Effectivement, dès le début d'août 1914, l'armée allemande appliqua avec succès le plan Schlieffen et attaqua comme prévu l'ensemble de l'armée française en renforçant son action sur l'aile gauche de cette dernière. Le repli français de plus en plus important d'est en ouest amena les troupes allemandes à proximité de Paris. Le général von Kluck, commandant la 5ème armée qui se trouvait à l'aile droite de l'armée allemande commit alors l'erreur d'obliquer vers l'est et de passer devant Paris au lieu de continuer sa progression vers l'ouest comme prévu. Le général Joffre avait pendant la retraite déplacé des troupes d'est en ouest et préparé la constitution d'une sixième armée qui devait renforcer l'aile gauche française ; il profita de l'erreur de Kluck et fit surgir la sixième armée sur le flanc de la cinquième armée allemande de von Kluck qui fut obligée de battre en retraite.

Les deux armées épuisées essayèrent ensuite des manœuvres de débordement vers l'ouest mais les tentatives furent vaines et les menèrent jusqu'aux côtes françaises de la mer du Nord. Ce fut "La Course à la Mer".

* Comité de lecture du 19-20 mai 2001 de la Société française d'Histoire de la Médecine.

** 14 rue Guynemer, 94800 Villejuif.

A la fin de 1914, le front était ainsi fixé de la mer du Nord à la frontière suisse ; de guerre de mouvement le conflit devenait une guerre de position. De part et d'autres les soldats s'enterrèrent et les positions devinrent quasiment imprenables.

Dans les premiers mois de 1915, de multiples engagements aboutirent à des gains ou des pertes de terrain très limités et les belligérants se rendirent compte que l'issue de la guerre passait par une reprise de la guerre de mouvement possible seulement à la suite d'une percée.

A la fin du mois de septembre 1915, les Français et les Anglais entreprirent une grande offensive qui, à leurs yeux devait être décisive et attaquèrent en Artois et en Champagne le 25 septembre. Cette action permit une faible avancée notablement insuffisante pour être déterminante.

Les Allemands, suivant le même raisonnement, pensèrent réussir cette indispensable percée en concentrant des moyens extrêmement puissants sur un espace relativement restreint.

Il restait à choisir le lieu adéquat où devait s'exercer cette action.

- Le choix de Verdun

Sur plusieurs centaines de kilomètres de front plusieurs sites pouvaient se prêter à une offensive décisive. Falkenhayn avait choisi primitivement Belfort, mais ses services de renseignement lui annoncèrent dès décembre le démantèlement des forts de Verdun, ce qui représentait, à ses yeux, un affaiblissement certain de la place. D'autre part, Verdun se trouvait au centre d'un demi-cercle qui permettait des tirs convergents.

Les Allemands disposaient d'un riche réseau ferroviaire. La place forte de Metz, réserve inépuisable de matériel, était alimentée par une rocade de quatorze voies ferrées. Du côté français, au contraire, les voies ferrées étaient impraticables. Les trains venant de Bar-le-Duc à destination de Verdun devaient traverser Saint-Mihiel aux mains des Allemands et la voie située à l'ouest de Verdun venant de Sainte-Menehould avait été bombardée en février au niveau de la gare d'Aubréville. Finalement n'était réellement utilisable qu'un chemin de fer à voie étroite desservant Bar-le-Duc - Verdun appelé "Le Petit Meusien". Restait une route médiocre, Bar-le-Duc - Verdun.

L'état-major allemand avait ainsi les meilleures raisons de penser que leur ennemi aurait les plus grandes difficultés à se ravitailler et d'autre part le projet prévoyait d'attaquer sur un front étroit de la rive droite de la Meuse avec une préparation d'artillerie tellement intense qu'il était prévisible qu'aucun être vivant ne pourrait survivre à un tel déluge de fer. Ultérieurement, Falkenhayn s'est défendu d'avoir voulu terminer la guerre par cette offensive décisive et a tenu à préciser que son but principal était de "saigner l'armée française" pour anéantir sa vitalité. Cette déclaration ne nous empêchera pas de penser que le but principal de cette offensive était la "Percée". En fait les deux armées furent saignées. Les effroyables pertes furent sensiblement les mêmes de chaque côté et ce sont les soldats allemands qui, les premiers, employèrent la sinistre appellation : "Enfer de Verdun".

- L'attitude française

On a bien entendu sévèrement reproché au commandement français d'avoir fait la sourde oreille aux multiples avertissements concernant la possibilité d'une offensive sur Verdun. Le Colonel Driant, député de la Meuse, avait multiplié les efforts dans ce sens. Néanmoins, le général Castelnau fut envoyé en inspection le 23 janvier 1916 dans la région de Verdun et son rapport nota une impréparation préoccupante. Des efforts furent cependant entrepris mais se révélèrent insuffisants et trop tardifs. En fait les défenses étaient dans un état de délabrement inquiétant. La négligence régnait. La décision de démilitariser les forts et en particulier Douaumont nous a coûté, aux dires de certains, la perte de 100.000 hommes.



VERDUN - Ambulance dans la rue Saint-Pierre
Musée du Service de santé des armées au Val-de-Grâce

- Et les médecins ? -

Avant le 21 février 1916 le front de la 3ème armée et de la région fortifiée de Verdun était ce qu'on appelait : un "secteur calme".

Le docteur André Mas qui a particulièrement étudié le rôle du service de santé à Verdun nous précise la situation : «*A l'avant, il y avait cinq divisions qui disposaient chacune de deux ou trois ambulances et dans certains cas d'une infirmerie de cantonnement. A l'arrière, les formations d'armées disposaient de deux hôpitaux d'évacuation, (H.O.E). à Baleycourt et à Monthairons. (Actuellement château des Monthairons). Il y avait également six hôpitaux dans la place de Verdun et six formations hospitalières au sud entre Verdun et Bar-le-Duc.*»

Le général Herr qui commandait la place de Verdun alerta le 9 février 1916 le médecin général inspecteur A. Mignon et lui confia qu'une attaque allemande importante était imminente. Il se plaignait devant lui du G.Q.G qui refusait de l'entendre malgré les services de renseignement, les aviateurs et les prisonniers.

Le médecin général Mignon qui venait de prendre son poste eut quinze jours pour réorganiser le dispositif sanitaire. Il unit les différentes formations dans un triangle : Sainte-Menehould - Bar-le-Duc - Verdun. Cette disposition mit en place : des postes de secours, des ambulances et des hôpitaux d'évacuation. Les efforts du médecin général Mignon se portèrent plus particulièrement sur l'hôpital de Vadelaincourt dont l'importance allait croître au cours de la bataille en raison de la vulnérabilité de Baleycourt, trop proche du front. Les 290 malades vénériens qui l'occupaient furent rapidement évacués et il fut transformé en hôpital chirurgical par les soins du médecin de 2ème classe Morion. Ce centre situé à quinze kilomètres au sud de Verdun, près de la route d'Ippécourt, pouvait desservir aussi bien la rive droite que la rive gauche de la Meuse.

Le docteur Kiene de Colmar qui a fait en 1991 une thèse sur le Service de Santé à la bataille de Verdun a relevé l'implantation géographique des postes de secours, des ambulances et des hôpitaux d'évacuation avant l'attaque.

Finalement, cette réorganisation menée tambour battant aboutissait au résultat suivant :

A l'avant, il y avait sept secteurs comportant des postes de secours régimentaires.

Rive droite : Brabant, Haumont, Anglemont, Beaumont, Les Chambrettes, Ornes, Mogeville, Bezonvaux, Dieppe, Fromezey, Broville, Hermeville, Pintheville, Riaville, Champion.

Rive gauche : Regneville, Forges, Bethincourt, Malancourt, Haucourt.

Poste de secours central : Louvemont.

Ces postes étaient appuyés par neuf ambulances :

Rive droite : Bras, Marteau, Souville, Chevert, Verdun Glorieux, la Chevretterie, Marquentière, Genincourt.

Rive gauche, quatre ambulances : Montzeville, Dombasle, Villers-les-Moines, Courrouvre.

Elles assuraient sous l'autorité de médecins régulateurs le ramassage et le transport des blessés jusqu'aux H.O.E.

A l'arrière : 12 hôpitaux dont 7 d'évacuation.

Au centre : Baleycourt, Vadelaincourt, Manjouy, les Monthairons, Landrecourt.

A l'ouest : Sainte-Menehould, Les Islettes, Clermont-en-Argonne.

Au sud : Revigny, Faux Miroir, Savonnières, Bar-le-Duc.

Les blessés nécessitant une intervention d'urgence étaient évacués vers une formation hospitalière proche. Les blessés plus légers étaient aiguillés sur des formations chirurgicales plus éloignées. L'hôpital de Baleycourt représentait la plaque tournante du système. Il existait également 12 hôpitaux dans Verdun même mais ces structures furent détruites dès le premier jour de l'assaut.



HERBÉCOURT - Poste de secours installé à l'entrée du village
Musée du Service de santé des armées au Val-de-Grâce

Le docteur Mignon a donc exécuté un travail sérieux d'organisation. Malgré toutes ses capacités pouvait-il prévoir l'ampleur de la bataille qui allait se dérouler pendant dix mois ? Personne ne pouvait supposer la possibilité d'une telle hécatombe et l'examen des chiffres des pertes est éloquent et apporte la démonstration du travail surhumain qui attendait les médecins qu'ils soient de l'arrière ou de l'avant.

Pertes du 21 février au 31 décembre 1916 :

Tués : 61.289 - Disparus : 101.151 - Blessés : 216.337 - Total : 378.777

Les pertes allemandes furent très légèrement inférieures.

- Témoignages des médecins

Jean Norton Cru dans son ouvrage : "Témoins, essai d'analyse et de critique des souvenirs de combattants édités en français de 1915 à 1928" a fait une classification des auteurs selon certains critères.

Il relève : 16 médecins, 5 infirmiers, 1 auto sanitaire, 1 train sanitaire.

Sur les seize médecins, 1 ou 2 ont témoigné au titre de combattant, n'ayant pas exercé leur profession. Le nombre de témoignages édités est assez faible par rapport à d'autres catégories professionnelles. Ainsi, on peut noter : Hommes de lettres : 53 - Officiers de carrière : (dont 5 brevetés) et avec les médecins, les démissionnaires et les Saint-Cyriens : 40 - Professeurs, érudits et savants : 3 - Clergé : 18 - Professions juridiques : 17 - Profession médicale (civils seuls) 14 - Industrie et commerce : 12 - Artistes : 7.

On s'aperçoit que la publication des témoignages des médecins est limitée et si l'on approfondit un peu et que l'on détaille les différents livres de cette quinzaine d'auteurs, disons une vingtaine si l'on fait cas de quelques ouvrages non répertoriés par Norton Cru, on se rend compte qu'ils apportent peu de renseignements sur leur action en tant que médecins sur le front. La plupart veulent faire oeuvre d'écrivain, d'historien ou de philosophe et relatent les événements qui leur semblent majeurs et négligent volontairement, souvent par pudeur, de décrire leur vie quotidienne au front qui leur apparaît peu intéressante pour le lecteur.

Un autre groupe réunit des médecins qui évoquent un point de vue médical particulier. Il en est ainsi du docteur Voivenel qui a publié des souvenirs sur son séjour à Verdun et qui s'est consacré ultérieurement à écrire des ouvrages de psycho-pathologie liée à la guerre.

Les médecins militaires, souvent de grades plus élevés et ayant des responsabilités différentes ont eu une double démarche comme Voivenel ; d'un côté des souvenirs personnels et de l'autre un abord technique touchant l'organisation du Service de Santé.

On peut mettre à part deux médecins, écrivains de talent, Léopold Chauveau, de Lyon et Georges Duhamel qui ont fait oeuvre littéraire. N'ayant pas été des médecins de première ligne, ils ont opéré l'un comme l'autre dans des unités plus en arrière et ont consacré la plus grande partie de leur écriture à la vie et à la mort des blessés. *La Vie des martyrs*, *Civilisation* et les *Sept dernières plaies* de Georges Duhamel sont écrits dans cet esprit. Paul Léauteaud que l'on ne peut taxer d'indulgence dans ses critiques, considère dans son *Journal littéraire* que ces trois livres sont les meilleurs de Georges Duhamel.

Il apparaît donc que ce n'est pas chez les médecins ayant fait oeuvre d'écrivains que l'on découvre les témoignages les plus révélateurs de la vie des médecins en particulier pendant la bataille de Verdun.

Et pourtant il y eut un grand nombre de médecins qui furent présents à cette bataille et les médecins français furent plus nombreux à y participer que les médecins alle-

mands. Ce fait est lié à l'organisation des effectifs, différente entre les deux armées. Une fois la bataille engagée, les adversaires prirent conscience rapidement de la violence de l'engagement et des pertes humaines énormes. Du côté allemand, c'est l'armée du Kronprinz impérial qui était en permanence au front. On remplaçait les pertes successivement mais c'étaient toujours les mêmes unités qui étaient en ligne pendant toute la bataille. De ce fait, les soldats allemands retrouvaient après chaque retour de relève leurs mêmes organisations et entretenaient le mieux possible leurs abris et leurs tranchées. Par contre, au point de vue psychologique, le soldat allemand avait l'impression qu'il n'avait qu'une seule chance de quitter Verdun : mort ou blessé. Du côté français, le général Pétain a immédiatement employé le système du "*tourniquet*" consistant en une rotation rapide des unités en ligne.

Pratiquement les trois-quarts de l'Armée française, à peu d'exceptions près, ont défilié à Verdun. Les unités pour la plupart faisaient un séjour relativement court, quitte à faire ultérieurement d'autres séjours. Il semblait au Commandement que ce système de relève ménageait mieux psychologiquement les troupes. Par contre, le fait de savoir que le séjour serait limité, incitait les soldats à être plus négligents dans leurs installations, sachant qu'un effort dans l'amélioration de leur confort ne profiterait qu'à leurs successeurs.

Telle était la différence d'appréciation allemande et française. Cela explique que cette pratique du "*Tourniquet*" a mené plus de médecins français que de médecins allemands sur le front de Verdun mais que ces derniers, moins nombreux, ont fait des séjours notamment plus longs mais pour certains plus confortables et plus sûrs.

- Témoignages des médecins ou sur les médecins

Les renseignements précis sur la vie du médecin à Verdun sont donc relativement parcimonieux chez ceux ayant publié des livres, ayant voulu plus ou moins consciemment faire oeuvre littéraire. Par contre c'est sans nul doute chez les diaristes que l'on trouve une source importante de renseignements. Beaucoup de combattants ont tenu des journaux. Nous assistons actuellement à la disparition des derniers survivants de la Grande Guerre, tous centenaires. Et c'est maintenant, au moment de leur mort que l'on voit publiés par leurs descendants des journaux conservés dans les familles, parfois modestes mais toujours émouvants et qui pourront être une source importante de documentation pour les historiens et les chercheurs.

Nous en avons recueilli quelques-uns et certains ont été déposés au fonds de la S.F.H.M.

Il y a eu d'autre part des milliers de livres publiés sur cette guerre mondiale, récits, mémoires, journaux, romans, poèmes etc. Sur cette masse de documents il n'est pas rare de trouver de multiples témoignages sur les médecins, les infirmiers, les brancardiers, les aumôniers, les postes de secours, les ambulances, les hôpitaux. Tout cet ensemble permet de reconstituer la vie du médecin et de son entourage dans cet enfer d'une année.

La mission majeure des médecins s'inscrit dans un processus qui consiste à relever le blessé, donner les premiers soins, l'évacuer, puis après le triage le recevoir dans l'unité hospitalière appropriée. Cette mission n'était pas en soi un événement imprévu.

Ce qui était imprévisible, c'était de faire face à une bataille qui allait faire près de 200.000 blessés.

Mais cette bataille a fait surgir des questions qui jusqu'alors n'avaient pas été envisagées.

La soif

Les écrivains, les mémorialistes, les diaristes ont tous fait mention de deux supplices qui venaient s'ajouter au calvaire des combattants de Verdun : la boue et la soif.

Le médecin était impuissant contre la boue qui à certains endroits ensevelissait les soldats s'ils ne pouvaient être secourus à l'instant par leurs camarades. La soif fut l'autre torture et pas la moindre. Le ravitaillement en eau a été un souci important de l'intendance qui faisait approcher, au plus près des premières lignes, des citernes d'eau. Mais cette eau fortement javellisée était imbuvable et les soldats n'en voulaient à aucun prix. Étant difficilement ravitaillés en première ligne, ils puisaient l'eau dans des trous boueux et certains en arrivèrent à boire leur urine. Toute l'armée avait été vaccinée contre la typhoïde mais vers le mois de juillet, on vit apparaître des cas de dysenteries amibienne et bacillaire que l'on attribua à la venue de travailleurs militaires coloniaux. Cette qualité de l'eau préoccupa le commandement et on fit appel à un ingénieur, Philippe Bunau-Varilla, pour étudier cette question qui lui était familière. Il avait assuré le ravitaillement en eau de l'offensive de Champagne en septembre 1915.

- le ravitaillement en eau et la Verdunisation

C'est l'ingénieur M. Bunau-Varilla qui découvrit une méthode d'aseptisation de l'eau et qu'il décrit : (...) *A cette époque la méthode dite "Javellisation" consistait à mettre de 1 à 4 milligrammes de chlore par litre d'eau puis, après un laps de temps variant de trois heures à six heures, à faire subir un deuxième traitement à l'eau avec l'hyposulfite de soude pour éliminer le chlore en excès et rendre l'eau buvable. Mais, devant l'impossibilité de réaliser ce deuxième traitement pendant la guerre, le G. Q. G. n'avait pas hésité à le supprimer... Ce chlore libre donnait à l'eau un affreux goût rappelant l'odeur du chlorure de chaux, le désinfectant usuel des feuillées. Tout à coup arrivèrent à Verdun des soldats indochinois pour travailler à l'arrière de la première ligne. C'étaient des véhicules de dysenterie amibienne ou bacillaire, contre lesquelles les injections anti-typhiques étaient absolument sans effet. Je priai le docteur Chatoyer, médecin major, chargé du laboratoire de la 2e armée à Bar-le-Duc, de rechercher combien de colibacilles subsiste-*



LES ISLETTES - Citerne d'eau potable "Touring Club" en fonction aux Islettes.

Musée du Service de santé des armées au Val-de-Grâce.

raient après avoir traité l'eau avec une dose de chlore égale au dixième du minimum alors prescrit, lequel minimum était un milligramme par litre. Comme ce décimilligramme de chlore, introduit dans la bouteille d'essai de un litre, risquait d'être absorbé rapidement par la matière organique de l'eau, dans la partie voisine du point d'introduction et de ne pas laisser de chlore pour le reste de la bouteille, je prescrivis une agitation violente, pendant deux ou trois minutes, pour distribuer le chlore dans toute la masse de l'eau. (...) Le docteur Chatoyer était un officier loyal, et il exécuta l'ordre avec autant de soin que s'il avait été convaincu de son utilité, au lieu d'être d'un avis contraire. Quarante-huit heures après, il revenait bouleversé. Cette infime quantité de chlore avait, non seulement réduit, comme je l'espérais, le nombre des colibacilles, ce qu'il considérait comme invraisemblable, mais elle les avait "intégralement détruits et cela dans deux expériences" (...). Ce fulgurant résultat annonçait dans le deuxième semestre de 1916 la découverte du phénomène jusque là inconnu que j'ai baptisé "Verdunisation" en raison du lieu illustre de sa manifestation première. L'application à l'armée de Verdun, ainsi qu'à quelques autres armées, du nouveau phénomène de purification des eaux par le chlore fut le premier chapitre de son histoire. Il fut glorieux car il protégea contre toute épidémie et toute épidémie les 300.000 hommes et les 140.000 chevaux qui s'accumulaient à Verdun pendant les attaques.

- Les pieds gelés

Le docteur Chagnaud, médecin chef du 152 R I fut obligé de faire face à une nouvelle pathologie : les pieds gelés. Un froid intense régnait sur le champ de bataille à la fin de cette année 1916 et tous les jours on était obligé d'évacuer des soldats aux pieds gelés. Cette nouvelle pathologie était dénommée : "pieds de tranchées". On avait déjà connu ces accidents en 1915 dans la Somme mais c'est dans cette fin de l'année 1916 que cette pathologie devint inquiétante par le nombre de soldats qu'elle touchait. Le soldat une fois évacué, il n'était pas rare que l'accident se terminât par une ou des amputations.

- La guerre chimique à Verdun

Outre les Allemands, nos soldats et leurs médecins eurent à combattre la soif, la boue, le froid et pour comble de malheur : les gaz. C'est à Ypres que les Allemands utilisèrent pour la première fois les gaz de combat. C'est le 22 avril 1915 que ce type de guerre a fait ses débuts. Les Allemands progressèrent et mirent au point des obus qui remplaçaient les bouteilles d'air comprimé.

Dans la bataille de 1916, ce furent les obus à croix vertes qui furent utilisés. Les moyens de protection étaient rudimentaires et personne n'était préparé à une telle agression. Il s'agissait d'obus de phosgène (qui provoquaient suivant la quantité inhalée : de la toux, de l'irritation et parfois de l'œdème aigu du poumon). Ultérieurement les Allemands utilisèrent des obus à arsine sternutatoire : croix bleu et finalement les obus à croix jaune remplis d'ypérite à effet vésicant.

Les résultats de l'ypérite en 1918 furent effroyables mais fort heureusement en 1916 on n'était pas encore là. En 1916 à Verdun, ce furent donc les obus à phosgène qui furent employés. On peut dire que tout le monde fut désespéré aussi bien les soldats qui étaient pris de panique et qui ne savaient pas bien utiliser leurs masques rudimentaires, ne sachant quand les mettre et quand les retirer, que les médecins qui ne

savaient que faire de ces gazés. Les services médicaux de l'arrière eurent des difficultés à se rendre maîtres de cette nouvelle agression.

Les médecins de l'arrière

Cette qualification ne se veut pas péjorative. Elle est nécessaire pour distinguer les médecins qui se trouvaient à proximité des lignes et qui procédaient aux premiers soins et aux évacuations et ceux qui en arrière faisaient le triage et traitaient les blessés.

Nous avons décrit plus haut l'organisation sanitaire mise en place d'urgence à partir du 23 janvier par le médecin général A. Mignon. On le nomma à ce commandement bien tardivement et pour bien montrer l'énorme difficulté de sa tâche, il suffit de consulter les statistiques des pertes françaises du 21 février au 31 décembre 1916 : Tués : 61.289 - Disparus : 101.151 - Blessés : 216.337. (Les gazés ne sont pas comptés). Total : 378.777 hommes. Les Allemands de leur côté perdirent environ 330.000 hommes.

Pendant 10 mois les médecins allaient recevoir (ou pas) plus de 200.000 blessés. Dès les premiers engagements, une noria de véhicules sanitaires allait de nuit envahir les routes de la sortie de Verdun et surtout la Voie Sacrée. De jour, on faisait les évacuations de proximité sur Baleycourt. A titre d'exemple : la section sanitaire automobile 54 a évacué dans les premiers jours 3558 blessés. Dans cette même période le service de Santé du 30 ème corps avait perdu 21 médecins et 22 infirmiers.

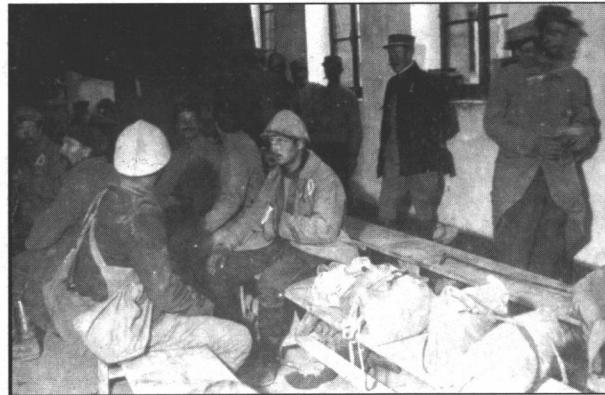
Pendant cette première semaine le nombre des équipes chirurgicales de l' H.O.E de Baleycourt fut renforcé par des équipes repliées de Verdun et par l'affectation de l'Auto-Chir N° 3. A Vadelaincourt trois équipes chirurgicales se relayaient jour et nuit. Elles traitaient le flux de blessés graves venant de l'H.O.E N° 6. En direction de Bar-le-Duc les évacuations étaient assurées par les sections sanitaires automobiles (S.S.) par les camions TM. (transport de matériel) et TP (transport de personnel) qui transportaient les blessés légers. D'autre part tous les camions qui revenaient à vide à Bar-le-Duc prenaient des blessés. Le tortillard "Petit Meusien" partait de Maison Rouge à 1500 mètres de Baleycourt. Il prenait à Souhesmes les blessés venant de Vadelaincourt et des Monthairons. Un médecin convoyeur était affecté à chaque train qui emmenait 120 blessés couchés en 10 wagons.

La Ville de Verdun était bombardée sans cesse. Le Service de Santé était concentré dans la citadelle et une salle d'opérations y avait été aménagée. Très rapidement Baleycourt fut bombardée et évacuée en fin février, de ce fait l'hôpital de Vadelaincourt fut engorgé. Un poste de triage fut alors créé sur la Voie Sacrée à Moulin-Brûlé qui reçut alors tous les véhicules venant de l'avant. Pendant ce temps on



BALEYCOURT (Meuse) - L'ambulance chirurgicale des premières lignes.

Musée du Service de santé des armées au Val-de-Grâce.



BAR-LE-DUC - Annexe de l'hôpital d'évacuation :
une salle de triage
Musée du Service de santé des armées au Val-de-Grâce.

porté à huit avec le renfort de l'auto-chir N°6 et de la voiture radiologique N°50. Au début de mars, la Queue de Mala recevait environ 800 blessés par jour. La capacité d'accueil de Vadelaincourt fut portée à 400 lits. L'hôpital recevait environ 50 blessés graves par jour. Quatre trains sanitaires permanents, appelés "hôpitaux roulants" furent mis en service à la même époque. Ils permettaient l'évacuation vers Paris des grands blessés qui venaient d'être opérés, afin de recevoir des traitements plus spécialisés.

Du 22 février au 15 juin, Vadelaincourt reçut 10.800 blessés dont 10.080 par éclat d'obus, 453 par balles, 247 par grenades. Plaies de la face : 2.670 dont 479 plaies cérébrales et 390 oculaires. Thorax : 979. Abdomen : 278. Trépanations : 592. Thoracotomies : 115. Amputations : 371. On enregistra 935 décès soit 8,6% des entrants. On note 147 décès dus à la gangrène gazeuse. Quant au tortillard il a transporté 84.888 blessés.

En septembre l'H.O.E 6 qui se trouvait à la Queue de Mala fut transféré à côté de l'H.O.E 12 à Vadelaincourt. La nouvelle formation située au nord de la route d'Ippécourt comprenait une vingtaine de baraques reliées entre elles par une galerie fermée. Elles étaient disposées face au quai d'embarquement d'une bretelle ferroviaire à écartement normal qui venait d'être construite et achevée en mai. La capacité de ce nouvel H.O.E était de 340 places couchées et de 1120 places sur banc. Les blessés les plus graves étaient transférés à l'hôpital tout proche qui avait depuis juillet l'auto-chir N°13 en renfort. Il y avait d'autre part un nouvel H.O.E à Fleurie-sur Aire qui se trouvait sur la même ligne de chemin de fer ; on y transféra 304 gazés dans la nuit du 11 au 12 juillet. Du 24 au 30 octobre, au moment de la contre-offensive française sur Douaumont, 6.449 blessés furent admis à Vadelaincourt et ensuite évacués secondairement sur l'intérieur. A la dernière offensive du 15 décembre, furent reçus : 1.629 tués et 6710 blessés. On se trouva également devant les conséquences du grand froid. De nombreux cas de gelures furent constatés en particulier les "pieds de tranchée".

Bien entendu, l'activité de Vadelaincourt ne sera pas close en décembre 1916. Une nouvelle offensive française se développera le 20 août 1917 ce sera alors le médecin général Wissermans qui assurera la direction du service de santé.

implanta un nouvel H.O.E (n°6) au lieu dit la "Queue de Mala" plus loin en bordure de la Voie Sacrée. Une voie de pénétration du "Petit Meusien" y fut construite. Cette nouvelle formation hospitalière comprenait 12 médecins et 128 infirmiers. Il y avait deux trains par jour qui transportaient chacun 96 couchés et 200 assis. Il fut alors nécessaire de renforcer la capacité de Vadelaincourt, la Queue de Mala n'hospitalisant pas. Le nombre des équipes chirurgicales fut

Le bilan

Pendant la Grande Guerre, 1000 médecins ont disparu. Dans les quatre premiers mois de la bataille de Verdun, il y eut 33 médecins tués, 13 disparus et 86 blessés. Les médecins furent omniprésents. On sait par leurs témoignages et ceux de leur entourage que cette vie sous un feu qui a duré 10 mois a rendu les soins sur le terrain et l'évacuation d'une grande difficulté. On a reproché au Service de Santé de "n'avoir pas prévu". Pouvait-on prévoir l'imprévisible ?

Il fallut dominer l'effroyable difficulté des évacuations, organiser le triage, apprendre à répartir selon une nouvelle logistique, créer des structures hospitalières suffisamment mobiles, inventer la fiche médicale de l'avant qui a permis de contrôler l'évacuation. Il a été nécessaire de revoir de fond en comble les techniques chirurgicales. Il a fallu faire face aux problèmes de l'eau, des gelures, des gaz. La bataille de Verdun a été pour le corps médical, aussi bien à l'avant qu'à l'arrière une cruelle expérience.

Ludendorff qui a remplacé Falkenhayn a dit : Le coup qui nous frappa fut particulièrement dur... nous avons eu trop à endurer pendant le cours de cette année... Sur le front ouest, nous étions complètement épuisés. Il semble bien que les soldats français et leurs médecins aient résisté à l'épuisement un tout petit peu plus longtemps que leurs adversaires.

Georges Duhamel nous donne la conclusion : «Il y a certains moments que nous avons endurés dans la douleur, mais auxquels il nous arrive de penser, plus tard, longtemps plus tard, avec une sorte de tendresse et même de nostalgie. Ils nous paraissent, dans l'éloignement, colorés de poésie, en dépit de la tristesse. O chimie étrange de la vie !

Mais jamais, jamais ce miracle indulgent ne s'est produit, en moi, pour tout ce qui touche à ce Verdun de l'année 16. Non, non, non, il n'y a pas de poésie de l'enfer, pas d'oubli, pas d'indulgence transfiguratrice pour l'enfer.»

BIBLIOGRAPHIE

- BARS Léon. - *Quelques impressions de guerre*. Ed. Figuière, 1927.
BEUMELBURG Werner. - *Combattants allemands à Verdun*. Payot, 1934.
BEUMELBURG Werner. - *Douaumont, 25 février-25 octobre 1916*. Payot, 1932.
BLOND Georges. - *Verdun*. Presses de la Cité, 1961.
BUFFETAUT Yves. - *La bataille de Verdun*. Editions Heimdal, 1990.
BUNAU-VARILLA. - *De Panama à Verdun*. Plon, Paris, 1937.
CAMPAGNE Colonel. - *Le Chemin des Croix*. Editions Jules Tallandier, 1930.
CANINI Gérard. - *Combattre à Verdun*. Presses universitaires de Nancy, 1988.



BAR-LE-DUC - Formation sanitaire. Hôpital d'évacuation H O E 20. Salle de pansements
Musée du Service de santé des armées au Val-de-Grâce.

- CHAGNAUD Docteur. - *Avec le 15-2. Journal et lettres de guerre*. Payot, 1933.
- COLIN Général. - *Le fort de Souville*. Payot, 1938.
- COLIN Général. - *La cote 304 et le Mort-Homme*. Payot, 1934.
- DEGEZ Dr Alfred. - *Les ambulances de la boue*. Publié par son petit-fils Mr Delannoy.
- DELVERT Capitaine Charles. - *Histoire d'une compagnie*. Berger-Levrault, 1928.
- DELVERT Capitaine Charles. - *Carnets d'un fantassin*. Berger-Levrault, 1935.
- DUCASSE André, MEYER Jacques, PERREUX Gabriel. - *Vie et mort des Français. 1914-1918*. Hachette, 1959.
- DUHAMEL Georges. - *Vie des Martyrs*. Hachette, 1929.
- FRAENKEL Théodore. - *Carnets 1916-1918*. Editions des cendres, 1990.
- GAUDY. - Les trous d'obus de Verdun. Carnet de la Sabretache, 1922.
- GOUTARD Adolphe Colonel. - Verdun, 21 février-4 mars 1916 : *Le contraire d'une ruée*. In : Verdun 1916. Actes du colloque international sur la bataille de Verdun, 6-7-8 juin 1975.
- GRAS Gaston. - *Douaumont*. Frémont, Verdun.
- HUGO Jean. - *Le regard de la mémoire*. Actes Sud, 1994.
- KIENE Bertrand. - *Le Service de Santé pendant la bataille de Verdun*. Thèse : Strasbourg, 1990.
- KLINGEBIEL Dr Jean. - Les nouveaux cahiers, Albin-Michel, 1923.
- LEFEBVRE Gaston. - *Un de l'avant. Carnet de route d'un poilu*. Journaux et imprimeries du Nord, Lille, 1930.
- LEFEBVRE J.H. - *L'enfer de Verdun évoqué par les témoins et commenté par J.H Lefebvre*. Editions du Mémorial, 1990, Moronvilliers, Librairie académique, Perrin, 1918.
- LEFEBVRE J.H. - *Images de la bataille de Verdun*. Mémorial de Verdun, 1982.
- LEFEBVRE Jacques-Henri. - *Verdun ? La plus grande bataille de l'Histoire racontée par les survivants*. Editions du Mémorial, 1986.
- MAAS Edgar. - *Verdun*. Leipzig, B Tauchnitz, 1942.
- MAS Dr André. - *Le service de santé pendant la bataille de Verdun*. L'hôpital de campagne de Vadelaincourt : son histoire, son rôle dans la chaîne des secours. Association internationale du souvenir de la bataille de Verdun et de la sauvegarde de ses hauts lieux. Bulletin de liaison 17.1990.
- MÉNAGER R. - Lieutenant. *Les forts de Moulainville et de Douaumont*. Payot.
- MEJECAZE Joseph Henri. - La guerre de 1914 sans panache vécue par un prêtre fantassin.
- MICHEL Général. - *La bataille de la dernière chance Juillet 1916*. Amicale des anciens combattants des 167, 168, 169RI, 1966.
- MUENIER Pierre-Alexis. - *L'angoisse de Verdun*. Présenté par Gérard Canini. Presses universitaires de Nancy, 1991.
- NORTON CRU Jean. - *Témoins*, Paris, Les Étincelles, 1929.
- PERICARD Jacques. - *Verdun*. Librairie de France, 1933.
- ROY P.A. - *Avec les honneurs de la Guerre. Souvenirs du fort de Vaux*. Grasset, 1936.
- TALMARD Jean-Louis. - *Pages de guerre d'un paysan*. Imprimerie Emmanuel Vitte, Lyon, 1971.
- TERRIER-SANTANS. - *On se bat sur terre*. Les éditions de France, 1930.
- THELLIER DE PONCHEVILLE Abbé. - *Dix mois à Verdun*. J de Gigord, Paris, 1919.
- THOUMIN Richard. - *La guerre de 1914-1918. Racontée par ceux qui l'on faite*. Voici, Plon, 1963.
- VON UNRUH Fritz. - *Verdun*. Sagittaire, Paris, 1924.
- VOIVENEL Paul. - *A Verdun avec la 67DI*. Presses universitaires de Nancy, 1991.
- ZWEIG Arnold. - *L'éducation héroïque devant Verdun*.

RÉSUMÉ

Les médecins et la bataille de Verdun

La bataille s'est déroulée du 21 février au 16 décembre 1916.

Les médecins ont été étroitement mêlés à cette bataille et les médecins français ont été particulièrement nombreux à y participer en raison de l'organisation qui imposait une rotation fréquente des unités. L'organisation du service de santé a eu peu de temps pour s'organiser.

Les témoignages des médecins furent limités par rapport à ceux d'autres professions. On trouve la plus grande source de renseignements chez les diaristes dont les journaux sont publiés jusqu'à notre époque.

Outre leur mission de relever les blessés, de donner les premiers soins puis d'évacuer vers le centre de triage et l'unité hospitalière appropriée, les médecins eurent à régler le problème de la soif par le traitement de l'eau : la verdunisation. De nouvelles pathologie virent le jour : les pieds gelés, la guerre chimique.

Les médecins de l'arrière eurent à traiter un nombre considérable d'hommes : 216 337 blessés sans compter les gazés.

1000 médecins ont disparu dans la Grande Guerre. Dans les quatre premiers mois de la bataille il y eut 33 médecins de tués, 13 disparus et 86 blessés.

La bataille de Verdun a été pour le corps médical, aussi bien à l'avant qu'à l'arrière une cruelle expérience.

SUMMARY

Medical officers and battle of Verdun

The battle of Verdun began February the 21st and finished 1916 December the 16th.

Medical officers were closely involved in this battle and particularly the French physicians and surgeons due to rapid rotations of their units.

The time for organising the medical corps was short.

Testimonies of medical officers were limited in comparison with other type of soldiers and most of them were included in diaries edited until now.

In addition to get back, treat the wounded soldiers then evacuate them to adequate medical unity, the medical officers had to solve the problem of thirst and the treatment of water: the so called technique: verdunisation. In addition, new pathologies occurred such as frozen feet, chemical wounds.

Medical officers of the rear had to treat a huge amount of wounded men: 216 337 men excluded those wounded by gas.

A thousand of medical officers died during the First World War. During the first four months of the battle of Verdun, 33 doctors were killed, 13 disappeared and 86 were wounded. The battle of Verdun was for all the medical corps a fierce experiment.

Le Service de santé durant la Bataille de Verdun *

par Jean-Jacques FERRANDIS **

A la fin de l'année 1915, les offensives alliées ont échoué en Artois et en Champagne, l'expédition des Dardanelles a connu des échecs, les Allemands ont remporté de grands succès en Russie. L'entente cordiale regroupant la Russie, la Grande-Bretagne et la France s'en trouve considérablement affaiblie.

Le général allemand Hindenbourg souhaite attaquer en Russie mais le général Falkenhayn, chef de l'Etat-major impérial allemand, décide d'attaquer à l'ouest. Il imagine une offensive limitée contre un objectif symbolique qui lui permettrait d'épuiser la France et de l'obliger à abandonner ses alliés. Il choisit Verdun, l'opinion mondiale devrait ainsi constater que la chute de cette ville serait le prélude à l'effondrement de la meilleure armée de l'entente. La place forte de la Meuse était déjà un symbole, elle venait d'être l'élément prépondérant de la bataille de la Marne.

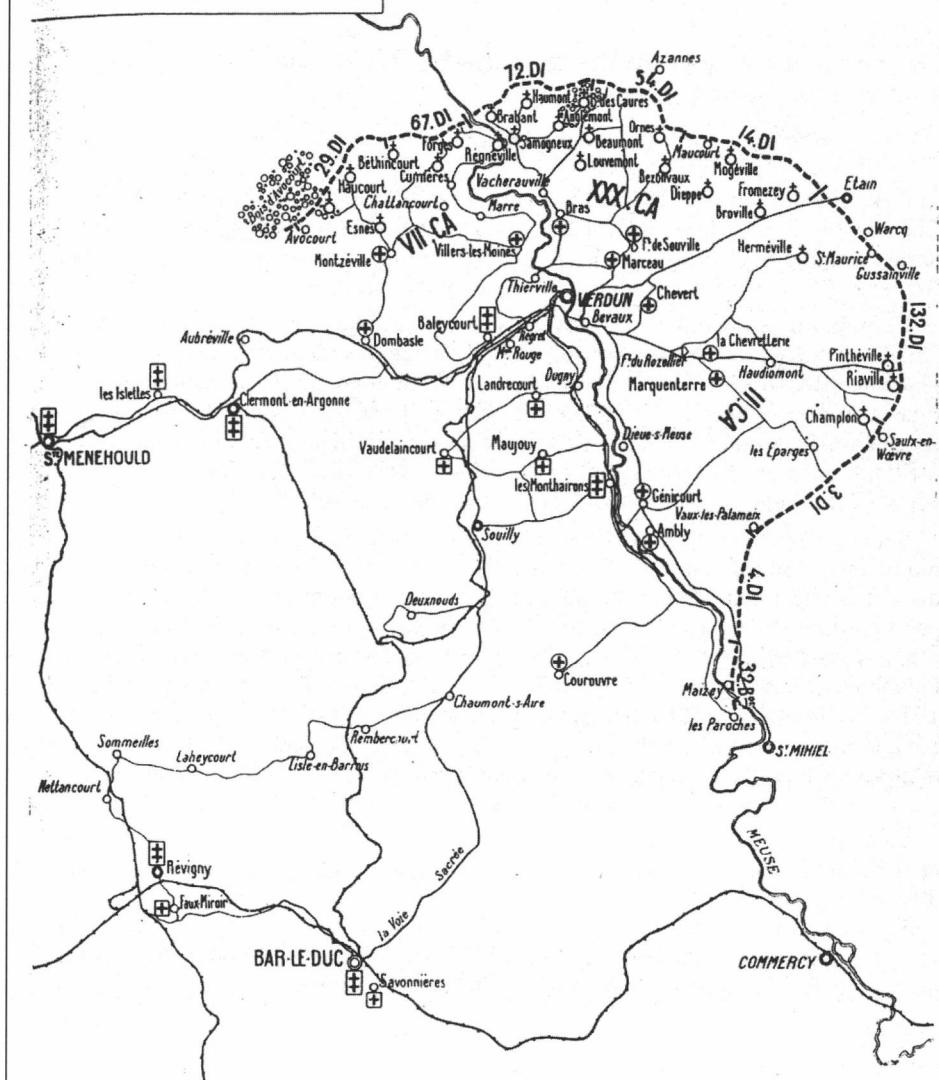
Selon Falkenhayn, l'offensive allemande se devait d'être coûteuse dès le début, d'au moins cinq Français pour deux Allemands. Il concentre donc son artillerie lourde sur une surface restreinte de huit kilomètres. L'infanterie pourrait ensuite rapidement occuper le terrain. Pour la première fois dans l'Histoire, l'infanterie occupe le deuxième rang, après l'artillerie. Verdun est également choisi car elle constitue aux yeux de Falkenhayn, une place facile à prendre. En effet, depuis la chute des forts belges, en 1914, le Haut-Commandement français considère les fortifications de campagnes comme inefficaces, à l'inverse des "pièges à obus" que sont les fortifications permanentes. Les forts de Verdun ont été désarmés dès l'été 1915, la seule défense de la ville est donc constituée par les réseaux de tranchées en avant des Hauts de Meuse.

Le Général Pétain prend le commandement le 26 février, génialement, il se contente de défendre la ville en laissant les Allemands s'épuiser dans de vaines attaques jusqu'au 30 avril. Dès lors, les pertes s'équilibrent. Après l'échec du général Mangin, le 22 mars, dans sa tentative de reprendre Douaumont, Falkenhayn relance l'offensive et frôle la victoire, le fort de Vaux tombe le 7 juin. Mais l'offensive de la Somme, à partir du 1er juillet, va faire basculer les rapports de force. L'artillerie a rattrapé son retard, les

* Comité de lecture du 19-20 mai 2001 de la Société française d'Histoire de la Médecine.

** EASSA, 1 place Alphonse Laveran, 75230 Paris Cedex 05.

FRONT DU 21 FÉVRIER 1916
ET
DISPOSITIF DE DÉPART
DU
SERVICE DE SANTÉ



Musée du Service de santé des armées au Val-de-Grâce.

canons de 400 millimètres Creusot-Schneider apparaissent lors de la contre-attaque d'octobre et permettent la reprise de Douaumont et de Vaux.

On reconnaît à Pétain le génie d'avoir permis aux défenseurs de Verdun de ne point s'épuiser en étant rapidement relevés. Du 21 janvier au 11 juillet 1916, les deux tiers de l'armée française ont défendu chaque pouce de terrain. Du 26 février au 30 avril, pendant le commandement de Pétain, les pertes ont été de 49 000 morts et de 58 000 blessés soit 1131 par jour. Après les offensives d'octobre et de décembre, l'armée française a perdu 162 000 morts et 216 000 blessés. Verdun est considérée comme la plus grande bataille de l'Histoire.

Comment s'est inscrit le rôle du Service de Santé dans cette bataille? Il s'agit là, évidemment, de l'ensemble du Service de Santé civil et militaire.

Afin de bien apprécier sa prodigieuse adaptation il convient de faire un bref retour en arrière. Au début du conflit, le règlement sur l'emploi du Service de santé de 1910 prévoyait de privilégier les évacuations loin à l'arrière où seraient mieux traitées les blessures, très vraisemblablement bénignes, relativement peu contuses et peu infectées. Ceci à l'exemple de la guerre russo-japonaise de 1905 et de la guerre balkanique de 1912-1913.

La guerre imminente devait donc être une guerre de mouvement et de courte durée. Edmond Delorme, dans ses "conseils aux chirurgiens", le 10 avril 1914, à l'Académie de Médecine, préconise les opérations rares, retardées et pratiquées loin du front, pour des blessures, en majorité dues aux balles de petits calibres, dites "humanitaires".

Mais on assiste à l'émergence d'armes nouvelles. Parmi celles-ci, apparaissent surtout les obus d'artillerie. Le 28 septembre 1914, Delorme a le courage de revenir sur ses conseils. Dans ses considérations générales sur le traitement des blessures de guerre, il déclare à l'Académie des Sciences : "la chirurgie des premières lignes ne doit plus se contenter des actes préparatoires qu'elle pratiquait jusque là. Elle doit faire elle-même tout le nécessaire. Les règles de l'abstention systématique ne saurait s'appliquer lorsqu'il s'agit de balles de schrapnels ou d'éclats d'obus ...Les circonstances forcent à concentrer la chirurgie active en partie et résolument à l'avant."

Dès lors, les ambulances chirurgicales vont être rapprochées du front, elles seront servies par des équipes expérimentées. Au début janvier 1915, Marcille puis Gosset mettent au point les automobiles chirurgicales, les fameuses "auto-chir". Durant l'année 1915, le Service de santé s'adapte relativement rapidement aux nouvelles formes de combat. La bataille de Verdun est un exemple significatif de cette adaptation particulièrement efficace et rapide.

Le 1er février 1916, une décision du Grand Quartier Général affecte le médecin inspecteur général Mignon à la Direction des Etapes et Services de la deuxième armée comme médecin chef de la région fortifiée de Verdun. Cet acteur primordial de la Bataille de Verdun a été relativement décrié par certains auteurs. A l'occasion de cette présentation du Service de santé, l'étude des sources conservées au musée du Service de santé des armées, devrait nous permettre aisément de le réhabiliter. Mignon n'est pas un médecin subalterne, à la déclaration de guerre, il est le directeur de l'Ecole d'Application du Service de santé militaire au Val-de-Grâce, en quelque sorte, le doyen de cette médecine. Dans sa "Relation du Service de santé pendant la Guerre de 1914-

1918", il raconte sa première inspection à Verdun. Rien ne lui semble prévu pour supporter un afflux de blessés. Pire, les salles d'interventions chirurgicales inemployées servent même d'entrepôts. Il est reçu le 9 février par le général Herr. "Vous avez, lui dit celui-ci, parcouru la région que je commande, vous avez visité Verdun et ses formations sanitaires, vous avez constaté que le nombre des hôpitaux avait été fort réduit à la suite des bombardements du mois de juin dernier. Et bien! Le peu qui reste est encore trop, je vous demande de procéder immédiatement à une évacuation totale des malades et des blessés de la place. Les Allemands ont résolu de m'attaquer le quinze et pas un mot à personne de ce que je viens de vous dire, agissez avec prudence". Une tempête de neige devait retarder l'attaqué, mais il faut souligner la performance du médecin général Mignon faisant acquérir son aptitude chirurgicale au Service de santé de Verdun en tout juste quinze jours. Il affecte les postes de secours et les ambulances de l'avant aux formations les mieux placées. Il augmente le nombre de lits disponibles en évacuant les malades et les petits blessés hors de la ville. L'hôpital des glorieux, à Verdun, réservé jusque-là aux typhoïdiques est vidé et ne reçoit plus de malades. Les éclopés des Petits Méribel à Verdun, de Brocourt et de Chaumont-sur-Aire sont envoyés à Saint-Dizier et Chaumont-sur-Marne.

Il réunit des équipes chirurgicales nombreuses et performantes, permettant d'opérer les blessés avant leur évacuation.

Les blessés ne peuvent être évacués de Verdun qu'en passant par les hôpitaux d'origine d'étapes (HOE) de la troisième armée. Quatre HOE sont mis sur pied à Baleycourt, Petit-Monthairons, Revigny et Bar-le-Duc. Les hôpitaux de Clermont-sur-Argonne et Sainte-Menehould sont remis à niveau. Les évacuations doivent converger vers les deux hôpitaux des Petit-Monthairons et surtout de Baleycourt, clé de voûte du dispositif qui doit recueillir les blessés de la rive gauche de la Meuse, du nord et du nord-est de Verdun. Mignon envoie à Baleycourt cinq chirurgiens afin de créer cinq équipes chirurgicales dirigées par le médecin-major Henri Billet, chef de l'auto-chir. 6, enseignant la chirurgie de guerre à Bar-le-Duc. "Il connaissait mes idées sur l'application de la chirurgie de guerre aux armées, écrit Mignon : à la prévision de nombreux blessés, il fallait répondre par l'envoi de chirurgiens nombreux, actifs et bien servis. 300 hommes arrivent à Baleycourt en moins de quinze jours. La capacité de l'hôpital est augmentée à 350 lits par l'installation d'un douzaine de tentes Bessonneau.

L'hôpital de Vadelaïncourt est proche du précédent et situé à une vingtaine de kilomètres des lignes ennemis, au nord et à l'est. Mignon confie sa restructuration au médecin-major de deuxième



*Ambulance de Monthairon Sous Verdun - Inspection de M. l'inspecteur général Mignon. Mai 1916.
Musée du Service de santé des armées au Val-de-Grâce.*

classe Morin, médecin chef de l'HOE de Sainte-Menehould. Ce remarquable organisateur, très soucieux d'hygiène hospitalière, allait mourir le 25 août 1917, dans sa salle d'opération bombardée par l'aviation allemande. Les équipes chirurgicales de Vadelaincourt sont confiées à Delay, Lucas-Championnière et Viel, Pouchet, Coryllos et Cathala. L'hôpital reçoit son premier blessé le 22 février.

A la veille de l'offensive allemande, le front des troupes françaises de la région fortifiée de Verdun est découpé en neuf secteurs, déployés sur 166 kilomètres et défendus par 80 bataillons ayant eux-mêmes 80 bataillons en réserve. Les postes de secours régimentaires sont réunis par des boyaux de communication à de grands postes souterrains de deuxième ligne. L'hôpital des Monthairons doit garder les intransportables à l'Automobile chirurgicale numéro 13 ou évacuer ses blessés vers les hôpitaux de Maujouy, Landrecourt, Souhesmes ou encore vers Baleycourt. Les blessés de Baleycourt peuvent ensuite être transportés vers Vadelaincourt, Clermont-en-Argonne, les Islettes, Sainte-Menehould et Bar-le-Duc, situés près de la voie ferrée vers l'ouest.

Les plans d'hospitalisation et d'évacuation sont achevés le 20 février, 41 équipes chirurgicales disposent de moyens techniques et radiologiques performants.

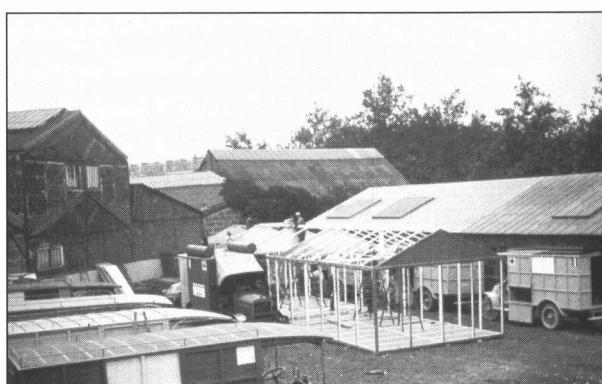
Le 21 février 1916 à sept heures quinze du matin, se déclenche le plus grand déluge de feu de l'Histoire. Un millions d'obus sont tirés le premier jour par l'artillerie allemande. Le 24 février, le fort de Douaumont est pris, ceci a un retentissement mondial.



Baleycourt, (Meuse) près Verdun. L'ambulance - Bâtiment où sont installées les salles d'opérations.
Musée du Service de santé des armées au Val-de-Grâce.

Le général de Castelnau demande à la huitième armée française de tenir coûte que coûte. Les Allemands ne doivent pas s'emparer des Hauts de Meuse, Verdun ne doit pas céder.

Durant la première semaine de la bataille, les postes de secours régimentaires sont relativement peu nombreux (. Bras, la Folie, Côte du Poivre, Fleury-devant-Douaumont, la caserne Marceau, les forts de



Ambulance chirurgicale automobile.
Musée du Service de santé des armées au Val-de-Grâce.

Souville, le tunnel et le fort de Tavannes, les caves de Bras et de Fleury). Les blessés sont gardés au poste de secours durant la journée, les évacuations n'étant permises que la nuit, ils sont acheminés vers les HOE de Baleycourt et son annexe de Vadelaincourt puis à Clermont-en-Argonne et Bar-le-Duc.

L'HOE des Monthairons n'a évacué que 1046 blessés à la date du 29 février, parmi lesquels figurent une majorité de petits blessés. En revanche, la ligne de chemin de fer Verdun-Sainte-Menehould étant coupée dès les premiers bombardements, l'HOE de Baleycourt, clé de voûte de l'organisation, confirme les prévisions du médecin inspecteur général Mignon en jouant un grand rôle durant les premiers jours. Il reçoit 725 blessés le 22 février, 1075 le 23, 1350 le 24, 1700 le 25, 1850 le 26. Il assure leur triage, le traitement chirurgical des intransportables et la mise en condition de transport des évacuables. Durant la première semaine, les HOE recevront 19750 blessés, soit 2500 par jour, auxquels doivent s'ajouter ceux tombés à l'ennemi!

Les blessés sont évacués par automobiles sanitaires à l'ouest vers Clermont-en-Argonne ou au sud vers Bar-le-Duc par la route de Souilly et Chaumont-sur-Aire. Quant aux petits blessés, ils sont transportés à partir de Baleycourt vers Bar-le-Duc par les camions descendant à vide du front. " La résistance des héroïques combattants de Verdun n'a pu être soutenue que grâce aux camions de la Voie Sacrée, le moteur devient un facteur de victoire " écrit le Doyen Pedroncini. Chaque jour, sur cette route reliant Bar-le-Duc à Verdun, 3400 camions sont passés toutes les 35 secondes avec des pointes toutes les 5 secondes. D'où la menace des sous-marins sur les approvisionnements en carburants traversant l'atlantique. Les blessés peuvent également être transportés par le "petit chemin de fer meusien", il charge 120 blessés par jour à Maison Rouge près de Baleycourt et gagne Bar-le-Duc en quatre heures vingt minutes.

Du 21 au 29 février, les hôpitaux de Bar-le-Duc ont reçu 6578 blessés: 3200 par le "petit meusien", 1369 ont été hospitalisés sur place, 2044 ont été dirigés sur les hôpitaux de l'intérieur, 3165 ont été évacués sur les hôpitaux de la zone des armées. Les blessés étaient ensuite transportés jusqu'à la gare régulatrice de la troisième armée à Saint-Dizier, 3170 blessés ont été examinés à la gare et 9485 ont contourné celle-ci en étant évacués directement vers les hôpitaux de l'arrière.

Durant les cinq premiers jours de la bataille, le 30ème corps d'armée, en première ligne perd près des deux tiers de ses effectifs. Le Service de Santé de la 72ème division d'Infanterie perd 21 médecins.

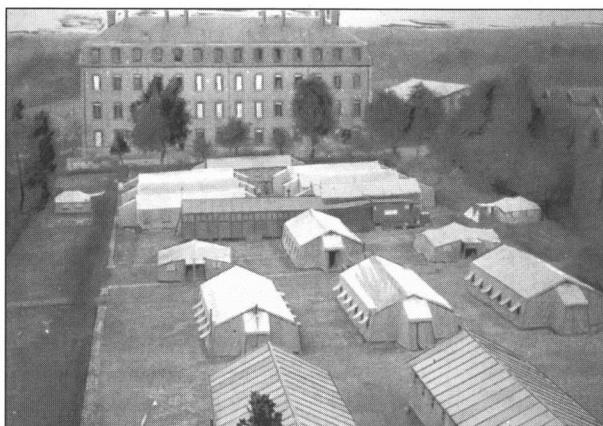
A partir du 29 février, le pilonnage intensif de l'arrière et la proximité des HOE et des dépôts de munitions et de ravitaillement des troupes installés également près des axes de circulation conduisent à abandonner tous les hôpitaux de Verdun et les HOE de Baleycourt, Clermont en Argone et des Islettes. Baleycourt est regroupé à Queue de Mala, Clermont à Froidos et Villers Dancourt, les Islettes à Triaucourt.

La défense s'organise très vite, l'armée de la région fortifiée de Verdun passe sous le commandement direct du Général Pétain à partir du 26 février. Ce commandement durera jusqu'au 30 avril. Après le 29 février, le front est divisé en groupements sectorisés dirigés par un général de Corps d'Armée. Les effectifs sont considérablement renforcés de 105 à 285 000 hommes. L'organisation du Service de santé dans chacun des secteurs comprend des ambulances chirurgicales en avant et un grand centre chirurgical avec une ou deux automobiles-chirurgicales en arrière. A titre d'exemple, Brocourt

devient le centre important du secteur Malancourt-Bethincourt. L'ambulance 5/13 a 120 lits pour blessés des membres. Alors que l'ambulance 13/13 traite les petits blessés, la 6/13 est dirigée par le médecin-major de première classe Couvelaire, professeur d'obstétrique à la Faculté de Paris. Son autorité naturelle lui permet de conseiller le médecin chef du secteur. Cette ambulance traite les grands blessés des viscères et des membres.

A partir du 15 mars, afin de privilégier les évacuations par voie ferrée, les HOE de Bar-le-Duc, malgré leur possibilité de coucher 1400 blessés, ne sont plus autorisés à les recevoir. Les hôpitaux de Froidos et Salvange doivent évacuer sur Sainte-Menehould et Villers-Dancourt. Les HOE de Queue-de-Mala et Vadelaincourt sont dirigés vers Revigny, Deux-Nouds-devant-Beauzées. L'HOE des Petits-Monthairons évacue ses blessé sur Maujouy, Landrecourt et Queue-de-Mala.

Du 16 mars au 1er avril, les Allemands tentent de contourner le front par la droite, ils attaquent le bois d'Avocourt le 20. Durant ces journées difficiles l'HOE de Brocourt reçoit 2905 blessés. La statistique de l'ambulance du professeur Couvelaire est éloquente, il traite : 797 blessures par éclat d'obus, 77 par balles, 11 par grenades. Ces agents vulnérants ont causé 195 plaies du thorax, 157 plaies du crâne, 23 de l'orbite, 86 de la face et du cou, 64 de l'abdomen dont 49 pénétrantes, 11 du rachis et 349 des membres.



Sainte-Menehould. Hôpital Valmy, dans la cour, installation de l'ambulance automobile chirurgicale n°6. Octobre 1915.
Musée du Service de santé des armées au Val-de-Grâce.



Verdun - Train sanitaire. Embarquement des évacués.
Musée du Service de santé des armées au Val-de-Grâce.

Au bout d'une dizaine de jours, après les protestations des médecins des HOE, les évacuations sur Bar-le-Duc sont à nouveau possibles, mais à un rythme moins soutenu qu'au début de la bataille. Un nouveau plan d'évacuation est arrêté, les hôpitaux de première ligne évacuent leurs blessés sur ceux de seconde ligne, point de départ des trains sanitaires. Les hôpitaux de première ligne sont Froidos, Queue-de-Mala, Les Monthairons. Ceux de seconde ligne sont Sainte-

Menehould, Villers-Dancourt, Revigny, Bar-le-Duc. On trouve en troisième ligne la gare régulatrice de Saint-Dizier. Dès lors, Sainte-Menehould devient le point de convergence des blessés, sur la voie ferrée longeant l'Argonne. Il reçoit 3600 blessés dans la seconde quinzaine de mars. Dans la partie sud des étapes, l'hôpital de Revigny, à demi détruit le 7 mars, est rapidement reconstruit ; il reçoit 5 695 blessés du 15 au 31. Sa mission principale est d'organiser le transbordement des blessés entre le chemin de fer meusien et la grande ligne de l'est, en les alimentant et en vérifiant leurs pansements. Quant à l'HOE de Bar-le-Duc, qui avait reçu 20 214 blessés durant la première quinzaine de mars, il ne reçoit plus que 6 344 blessés.



Bar-le-Duc. Formation sanitaire. - Hôpital d'évacuation H.O.E. 20. Salle Lercy - Repos des petits blessés du front de Verdun. Musée du Service de santé des armées au Val-de-Grâce.

L'organisation des évacuations étant désormais efficace, le médecin inspecteur général Mignon s'attache surtout à augmenter la capacité de traitement et d'hospitalisation des formations, notamment à Froidos et Vadelaincourt. Il réclame la mise en œuvre des trains sanitaires permanents, afin de transporter les blessés à Paris où ils pourront bénéficier de traitements éclairés de nombreuses équipes chirurgicales. A partir du 31 mars, les trains permanents partent le soir, alternativement de Sainte-Menehould, Revigny et Bar-le-Duc. Ils arrivent à Paris, à la gare de la Chapelle vers six heures du matin, leur capacité est de 140 blessés couchés.

Du 1er au 15 avril, les attaques allemandes se font pressantes, en particulier sur le Mort-Homme, la côte du Poivre et Douaumont. L'HOE de Froidos reçoit 5 144 blessés et celui de Queue-de-Mala en accueille 7 200.

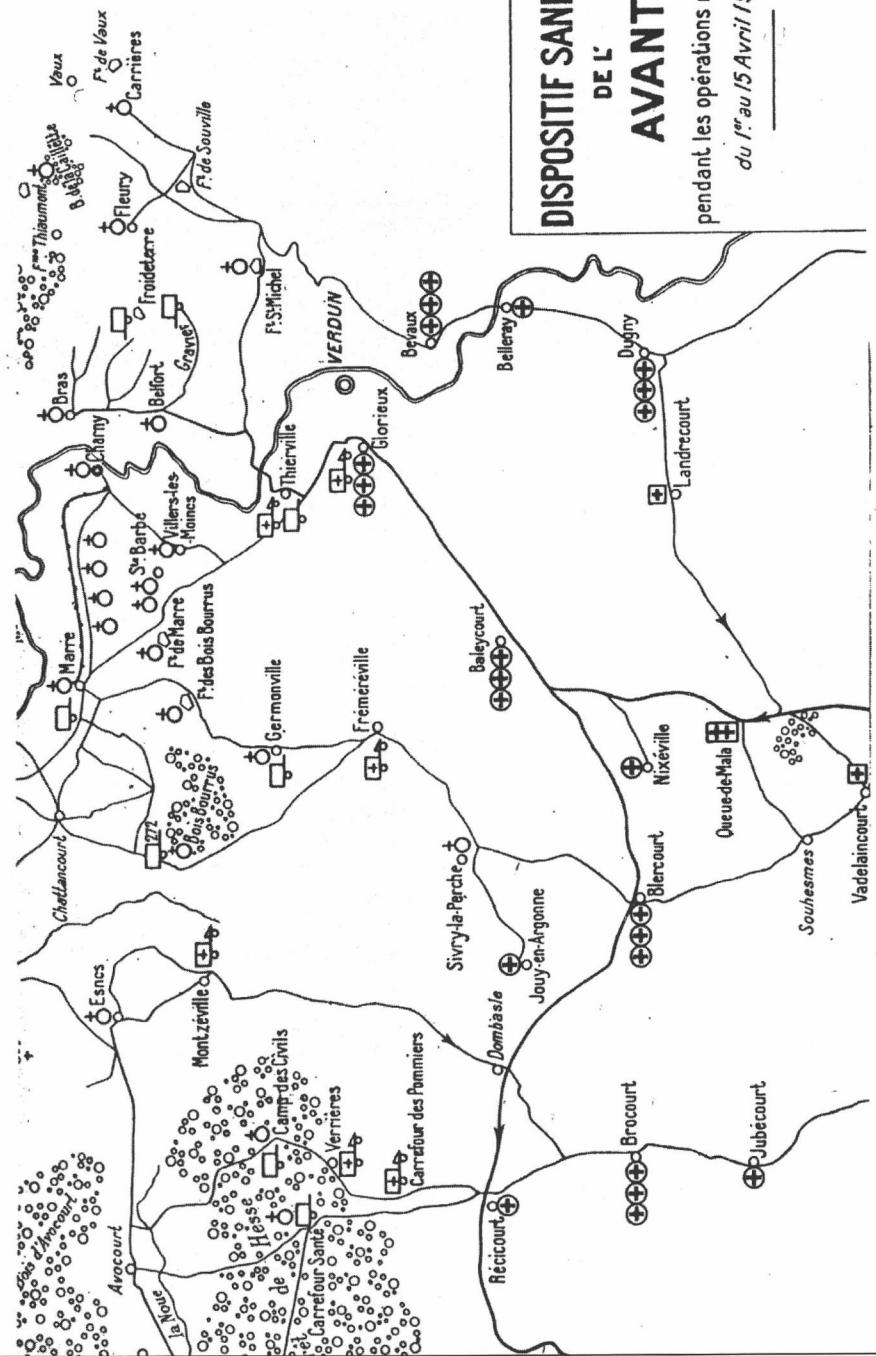
Du 16 au 30 avril, l'assaut, toujours aussi violent, intéresse tout le front d'attaque, les Français tiennent toujours.

On augmente la capacité de l'hôpital de Chaumont à 3 000 lits. Les forces en présence s'équilibrent et l'artillerie française rattrape son retard. Il faut souligner notamment l'effort de guerre et le rôle des femmes dans les usines.

A partir du 1er mai, le général Nivelle succède à Pétain et change de tactique. Tandis que les Allemands s'acharnent sur la rive gauche, afin de prendre la côte 304 sans y réussir, les offensives françaises reprennent. La reprise de Douaumont sur la rive droite, débute le 20 mai, elle ne dure que 4 jours. Nivelle envisage un repli, d'autant que les Allemands produisent leur effort le 23 juin, sans succès. Le village de Douaumont et le fort de Vaux ne seront repris que lors de l'offensive française du 24 octobre, après une préparation d'artillerie de quatre jours avec les nouveaux canons de 400 mm, Creusot-Schneider, aux performances identiques à celles des ennemis. Le Service de santé est

DISPOSITIF SANITAIRE DE L' AVANT

pendant les opérations militaires
du 1^{er} au 15 Avril 1961



Musée du Service de santé des armées au Val-de-Grâce.

maintenant bien adapté, les blessés sont évacués essentiellement sur Vadelaincourt et l'HOE de Souilly. Hors de la zone des armées, les blessés sont évacués jusqu'à Paris et son camp retranché.

Le mérite de cette adaptation systématique et efficace aux conditions changeantes de la bataille de Verdun revient, sans aucun conteste, au médecin inspecteur général Mignon qui a su faire preuve de diplomatie avec les divers responsables de la logistique militaire. Avant de faire un rapide bilan des progrès techniques chirurgicaux initiés par ce conflit, nous évoquerons les atteintes par les gaz de combat. En fait, elles n'ont guère été nombreuses et finalement n'ont fait qu'un nombre restreint d'intoxiqués, hormis les 1012 gazés dans le secteur de Tavannes, le 11 juillet.

Il y a eu 140 000 blessés durant les cent trente premiers jours de la bataille. Les offensives ont coûté peu de pertes, 9 000 blessés le 20 octobre, 11 000 en décembre, 14 000 lors de l'offensive finale d'août 1917, ramenant les Allemands à trois kilomètres de leur point de départ.

Les blessures les plus fréquentes ont été les blessures des membres inférieurs (33%), à la tête (28%), aux membres supérieurs (27%), au thorax (6%), à l'abdomen (2%) au rachis (0,7%) et au cou (0,5%). 18 843 blessés ont été traités dans les hôpitaux de première ligne, soit 13,1% de la totalité des 142 883 blessés de l'armée de Verdun. Les laparotomies ont été systématiques dans toutes les suspicions de plaies perforantes. Elles ont été grandement facilitées par la radioscopie révélant la présence de projectile dans la cavité abdominale.

En conclusion, il faut noter que la victoire de Verdun, chèrement acquise après 300 jours et 300 nuits, est purement française. Les défenseurs de Verdun ont pu faire face car ils ont été relevés très souvent. En revanche, le personnel médical n'a pas eu cette chance. Outre l'œuvre remarquable accomplie, ce fait augmente la reconnaissance qu'il mérite.

BIBLIOGRAPHIE

- MIGNON A. médecin inspecteur général. *Le Service de santé pendant la guerre de 1914-1918.* Tome 2. Edition Masson et Cie, 690 pages. Paris 1926.
- Centre de documentation du musée du Service de santé des armées au Val-de-Grâce. Suite des cartons relatifs au sujet.*
- CARLIER Claude-PEDRONCINI Guy. (sous la direction de) *L'émergence des armes nouvelles* Edition Economica. Paris 1997.



*Gare de Paris La Chapelle. - Potences porte-brancards.
Musée du Service de santé des armées au Val-de-Grâce.*

L'évolution de la chirurgie des plaies de guerre des membres en 1914-1918 *

par Frédéric CHAUVIN **, Louis-Paul FISCHER ***,
Jean-Jacques FERRANDIS ****, Edouard CHAUVIN *****,
François-Xavier GUNEPIN *****

INTRODUCTION

Le premier conflit mondial représente pour tous les chirurgiens une période de référence en matière de traitement des plaies de guerre.

Le nombre et la gravité des blessures d'une part, les caractéristiques de la guerre d'autre part, vont faire progresser à pas de géant l'organisation, les méthodes chirurgicales et les moyens adjutants à la chirurgie pour en fin de compte établir une nouvelle doctrine de la prise en charge des plaies de guerre. Certains de ces principes appliqués en pratique civile ou dans des conditions d'exception sont encore valables de nos jours.

Sous-estimées et mal connues du corps chirurgical au début du XXème siècle, les plaies de guerre vont prendre un caractère bien différent avec la généralisation de l'emploi de l'artillerie. Organisé en vue d'une guerre de courte durée et de mouvement, le Service de Santé va devoir s'adapter aux nouvelles conditions du combat. Dès les premiers mois de la guerre, les chirurgiens, se rendant compte des mauvaises orientations de la prise en charge des nouvelles blessures de guerre et d'un équipement insuffisant, vont progressivement mettre au point des techniques chirurgicales et médicales pour la lutte anti-infectieuse, la couverture cutanée et la consolidation osseuse.

I. Connaissance des plaies de guerre des membres avant 1914

Les guerres précédentes avaient donné une certaine expérience de la chirurgie de guerre, mais le conflit franco-allemand de 1870 datait de plus de quarante ans. Les

* Comité de lecture du 19-20 mai 2001 de la Société française d'Histoire de la Médecine.

** Médecin en chef, chirurgien des hôpitaux des Armées, HIA Desgenettes Lyon, 108 bd Pinel, 69003.

*** Professeur de Chirurgie Orthopédique Service de Chirurgie Orthopédique Hôpital E. Herriot, Pavillon T, place d'Arsonval, 69437 Lyon Cedex 03.

**** Médecin en Chef, conservateur du Musée du Val de Grâce, 1 place Laveran, Paris V.

***** Faculté d'Histoire, Université Jean-Moulin, Lyon 3.

***** Médecin Principal, Chirurgien des Hôpitaux des Armées HIA Percy-Clamart.

connaissances et l'enseignement de la chirurgie de guerre se fondaient en grande partie sur cette période puisque c'était la dernière fois que les chirurgiens français avaient vu des blessés de guerre en nombre élevé.

Pendant les campagnes coloniales du Tonkin, d'Afrique orientale et même, plus proche, du Maroc, les blessés avaient toujours été assez peu nombreux et c'est plus les épidémies qui posaient les problèmes. On peut rappeler par exemple que pendant la campagne de Madagascar en 1895 sur un contingent de 21 600 hommes on avait pu dénombrer 5 756 morts, dont seulement 25 tués par armes à feu et 5 731 dus aux maladies et surtout au paludisme. On avait quand même remarqué le haut pouvoir vulnérant des armes nouvelles, en particulier mitrailleuses et artillerie pendant la guerre russo-japonaise en 1905, mais surtout, plus proche dans le temps et dans l'espace, pendant la guerre des Balkans en 1912-1913. D'ailleurs, le professeur Laurent de Bruxelles qui avait suivi les opérations militaires des Bulgares, lors d'une présentation à une séance du *Congrès de chirurgie* de 1913 avait insisté sur la gravité des blessures et la fréquence des complications septiques pendant ce conflit. Cette communication ponctuelle n'a guère attiré l'attention et il existait un certain désintérêt du Service de Santé pour l'organisation de la chirurgie de guerre.

De plus, la plupart des chirurgiens engagés en 1914 ne s'étaient jamais vraiment préoccupé du traitement des plaies par balles ou par éclats d'obus.

Les blessures par balles avaient représenté pendant les guerres précédentes la grande majorité des lésions, or celles-ci étaient provoquées par des projectiles à vitesse relativement lente. Les balles avaient des trajets intra-tissulaires rectilignes et peu souillés. Ainsi, la plaie par balle de fusil avait une réputation de relative bénignité. On alla même jusqu'à parler de "*balle humanitaire*". La théorie abstentionniste devant la plaie de guerre avait pris tout son poids, lorsque le 10 avril 1914, Edmond Delorme (1847-1929), (fig. 1) précurseur en chirurgie thoracique, (il avait réalisé en 1892 la première décortication pulmonaire) et ancien professeur titulaire de la chaire de clinique chirurgicale et blessures de guerre, s'exprime à la tribune de l'Académie de Médecine sur le sujet des blessures de guerre en se fondant sur les conflits précédents de 1891 à 1913. Il conseille aux chirurgiens des interventions exceptionnelles à l'avant et des évacuations les plus rapides possible pour des opératoires secondaires, parcimonieuses. Il n'est pas douteux qu'étant donné la réputation d'Edmond Delorme, de nombreux chirurgiens vont suivre ses conseils au début de la guerre et vont pratiquer la technique de "*l'empaquetage-évacuation*" devant des plaies d'une gravité nouvelle et dès les premiers mois

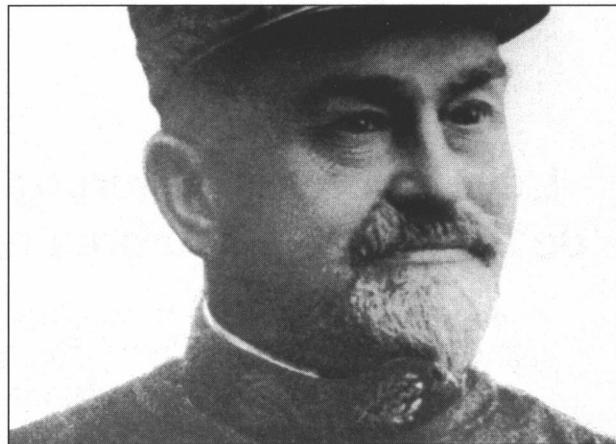


Fig. 1 : Edmond Delorme (1847-1929)

de la guerre vont réapparaître les gangrènes gazeuses, dont la description avait presque disparu des manuels de chirurgie.

Néanmoins il ne serait pas juste d'attribuer toute la responsabilité à un seul homme. L'insuffisance d'équipement et d'organisation va entrer pour une grande part dans les défaillances du fonctionnement du Service de Santé.

II. Caractéristiques de la guerre 1914-1918 et conséquences sur les types de blessures rencontrées

1. Les armes

A la décharge de la théorie abstentionniste, il faut dire que la guerre allait changer, la balle de fusil n'était pas l'agent vulnérant le plus commun.

Des comptes rendus du mois de septembre 1914 allèrent jusqu'à signaler à la Direction du Service de Santé de l'Armée, une proportion de 90 plaies par éclats d'obus sur 100 blessés. Plus tard, le crapouillot, la torpille, la grenade étaient les projectiles habituels des tranchées. Les balles des mitrailleuses causaient des plaies également beaucoup plus importantes que celles des fusils. Les plaies par armes blanches (baïonnettes, couteaux) étaient soit bénignes soit au contraire mortelles dans les combats acharnés au corps à corps. Elles sont demeurées proportionnellement en faible nombre pendant toute la durée de la guerre.

2. Les blessures

Les blessés des membres représentaient durant la guerre entre 60 et 70 % de la totalité des blessés. Les nouvelles armes et la brutalité inouïe des combats ont engendré également un nouveau type de blessé : le polyblessé. En effet, les polyblessures n'avaient jamais été aussi fréquentes que pendant la guerre des tranchées, plus de deux fois sur trois.

Les chirurgiens qui recevaient les blessés des premiers combats vont être confrontés à une nouvelle pathologie de guerre. Le caractère des plaies était bien différent de celui qu'on connaissait. A côté des plaies à petit orifice d'entrée, conséquence des balles de fusils ou de mitrailleuses, les plaies par éclats d'obus, de grenade ou par balles de mitrailleuse reçues à courte distance étaient à orifices larges, irréguliers, à bord déchiquetés, à trajet anfractueux où tous les tissus étaient contusionnés, déchirés et sphacélés. Les muscles étaient broyés, rétractés et infiltrés d'un magma sanguin qu'Ombredanne nommait "chambre d'attrition". Les pertes de substance pouvaient aller jusqu'à la section complète d'un membre. Les parois de la plaie étaient souillées de débris de vêtements, de terre, de fragments métalliques et saignaient abondamment.

3. L'évolution infectieuse des plaies de guerre

L'évolution de la chirurgie de guerre s'est faite grâce à la connaissance de la bactériologie des plaies. Carrel, Policard, Fiessinger, Sacquée vont inventorier les germes aérobies et anaérobies des plaies. Les tissus dévitalisés et en particulier les foyers musculaires sont reconnus comme de véritables bouillons de culture où pullulent les germes

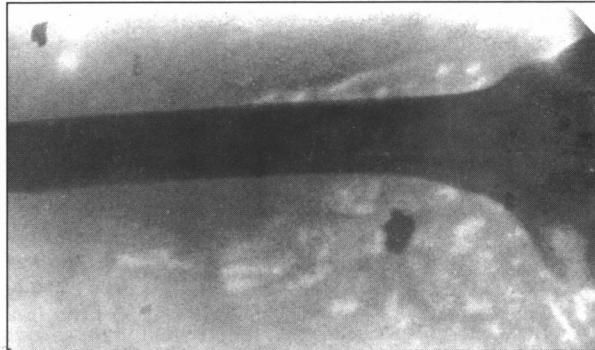


Fig. 2 : Radiographie d'une cuisse blessée par éclat d'obus et montrant une importante production gazeuse (images claires diffuses) affirmant la gangrène gazeuse

ses précédents “conseils”, dans une déclaration à l’Académie des Sciences : “*La chirurgie des premières lignes ne doit plus se contenter des actes préparatoires qu’elle pratiquait jusque là. Elle doit faire elle-même tout le nécessaire. La règle de l’abstention systématique, excellente lorsqu’il s’agit de balles de fusils, ne saurait s’appliquer aux balles des Shrapnells et aux éclats d’obus. C’est la règle inverse qu’il faut suivre. On avait jusqu’ici des raisons de reporter à l’arrière la chirurgie active. Les circonstances forcent à la concentrer en partie et résolument à l’avant. A situations nouvelles, dispositifs nouveaux*”.

Les efforts d’adaptation du Service de Santé vont se faire dans plusieurs directions, d’une part l’accélération de la relève et des transports des blessés du lieu du combat au chirurgien, d’autre part la transformation des ambulances de l’avant (Ambulances de Corps d’Armée et Ambulances divisionnaires) en ambulances de première ligne qui devinrent spécialisées en ambulances chirurgicales, ambulances médicales et plus tard en ambulances “Z” pour le traitement des gazés. A côté des ambulances de première ligne, les ambulances de Corps d’Armée se transformèrent en véritables hôpitaux à une vingtaine de kilomètres du front où on opérait les blessés intransportables. La première Ambulance Chirurgicale Automobile (Auto Chir) a été mise en place en mai 1915 à 15-30 kilomètres de la ligne de feu pour le traitement des blessés graves et intransportables.

Plus en arrière furent installés les Hôpitaux d’Origine et des Etapes (H.O.E.) se groupant sous les noms : d’Hôpital d’Evacuation Primaire et d’Hôpital d’Evacuation Secondaire.

III - EVOLUTION DES STRUCTURES CHIRURGICALES DURANT LA GUERRE 1914-1918

Au début du conflit il n’y avait pas de possibilité dans les postes de secours pour pratiquer la chirurgie d’urgence. Ce rôle était dévolu aux ambulances qui, au début de la guerre, se limitaient à un traitement sommaire, l’empaquetage-évacuation. Ces formations légères pouvaient être amenées à se déplacer fréquemment et n’étaient pas tou-

dès la sixième heure après la blessure (fig. 2). De ces travaux va découler que toutes les plaies de guerre étaient infectées et que, par conséquent, toutes les plaies de guerre devaient être opérées avant la pullulation microbienne pour transformer la plaie de guerre contaminée en une plaie idéalement aseptique.

4. Le dispositif sanitaire

Le 28 septembre 1914, Edmond Delorme revient sur

jours capables, faute d'un équipement adapté, de traiter les blessures graves. Par exemple, Robert Picqué (1877-1927) a débuté la guerre dans l'Ambulance Hippomobile n° 3 du 18ème Corps d'Armée comme médecin-chef et seul chirurgien. Cette ambulance ne possédait pas de voiture chirurgicale. Les instruments des chirurgiens étaient très limités. La stérilisation et l'éclairage électrique n'existaient pas. Robert Picqué va compléter son matériel chirurgical car il comprit rapidement que devant la gravité des blessures par éclats d'obus, le traitement chirurgical devait être le plus précoce possible, il alla même jusqu'à installer au niveau des premières lignes un "poste chirurgical avancé", ancêtre des antennes chirurgicales actuelles.

Les Ambulances de Corps d'Armée qu'on a pu appeler "*Centre Chirurgical du Corps d'Armée*" étaient groupées en hôpitaux de plusieurs centaines de lits installés à une vingtaine de kilomètres du front. Leur rôle était de traiter les blessés graves avant de les transporter et d'évacuer les autres. A titre d'exemple, Albert Martin (1866-1948) Médecin-Chef de l'Ambulance n° 9 du 3ème Corps d'Armée dont un de ses adjoints était un certain Georges Duhamel, relève du 28 février au 7 avril 1916, c'est-à-dire pendant 38 jours, qu'il est passé dans son ambulance, 4 118 blessés dont 1 045 très graves, porteurs de 2 217 blessures dont 259 moururent. 873 blessés ont été opérés, 87 moururent dans les suites immédiates de l'intervention. "*La multiplicité des lésions qui parfois n'intéressaient que les parties molles et demeuraient superficielles faisait le pronostic plus grave que celui d'un segment de membre plus ou moins broyé..., les plaies sont souillées de terre et largement déchiquetées, c'est un travail d'une minutie extrême et fort long que de les nettoyer, d'en extraire tous les corps étrangers et de les désinfecter. Souvent et sans perte de temps on passe ainsi une heure et plus auprès du même blessé...*". L'afflux massif de blessés caractéristique de la guerre 1914-1918 va introduire le triage chirurgical, notion nouvelle qui reste encore actuellement une technique des plus difficiles confiée aux médecins les plus expérimentés.

Ces formations chirurgicales vont s'installer au début dans des immeubles, salles d'écoles, de mairies, salles des fêtes, granges ou même habitations particulières que l'on aménageait à l'initiative du personnel de l'ambulance. Les baraquements ont été également beaucoup employés (type Bessonneau, Faravon, baraque du génie dite "type Santé" et baraque Adrien). Le milieu chirurgical finira par comprendre des formations à quatre pièces : une salle de déshabillage des blessés, proche de la salle d'opération, une salle d'opération éclairée par des lampes à acétylène ou par l'électricité, équipée d'une ou deux tables d'opération métalliques réglementaires, deux petites tables pour instruments, pour fils à ligature et pour matériel de pansement, une dernière table enfin supportant le nécessaire au lavage des mains ou un lavabo débitant de l'eau bouillie. Le préparatoire contenait un ou deux autoclaves, le poupinel, une bouilloire, tous trois chauffés par une lampe "*PRIMUS*". La quatrième pièce était la salle de pansements aménagée avec des tables hautes servant aux blessés arrivant à l'ambulance et n'ayant pas besoin d'intervention chirurgicale ou aux opérés pour la réfection des pansements.

La tenue du chirurgien se résumait à un tablier de boucher de couleur blanche et à des gants de caoutchouc plus destinés à protéger la peau des mains des opérateurs qu'à procurer une réelle asepsie. Le port du calot était assez habituel mais pas obligatoire. Les personnels de la salle d'opération ne portaient pas de masque. L'instrumentation chirurgicale était groupée dans des boîtes en nickel. Il existait des boîtes communes

avec des instruments utilisés quelle que soit l'intervention, bistouris, pinces, aiguilles à suture, couteaux d'amputation et des boîtes de chirurgie spéciale pour les instruments propres à la chirurgie crânienne, oculaire, osseuse... La qualité du matériel n'était pas sans reproche. Certains instruments se dessoudaient après plusieurs stérilisations, les aiguilles de Reverdin étaient trop souples et pouvaient se tordre, l'instrumentation osseuse était insuffisante et défectueuse. L'avènement des Ambulances Chirurgicales Automobiles va améliorer la dotation car les médecins-chefs furent autorisés à demander le matériel qu'ils jugeaient nécessaire.

A ces Ambulances de Corps d'Armée, il fut adjoint "*les compléments chirurgicaux*" : un laboratoire de bactériologie et un camion de radiologie qui va remplacer le "*petit équipage radiologique*" du début de 1914.

1. Les Ambulances Chirurgicales Automobiles (Auto-Chir)

C'est surtout l'Auto-Chir, Ambulance Chirurgicale Automobile qui sera l'organe essentiel du traitement chirurgical des plaies, pendant les trois dernières années de la guerre (fig. 3).

L'Ambulance Automobile Chirurgicale a pu prendre le nom de formation Marcille, d'Auto-Chir, d'A.C.A. ou de formation Gosset-Dumont. Marcille, le concepteur, chirurgien des hôpitaux de Paris, y pense déjà avant la guerre comme un service chirurgical réservé à l'urgence et il l'adapte aux conditions des armées en imaginant une grande salle opératoire mobile, propre, aérée, éclairée, chauffée, et d'entretien facile, additionnée d'un préparatoire avec un gros autoclave et des lavabos d'eau bouillie, d'un appareil de chauffage et d'électricité et d'un secteur d'hospitalisation pour cent blessés, le



Fig. 3 : "Auto Chir" installée en hiver montrant le camion A et la baraque où est installée la salle d'opération

tout étant transporté en camions automobiles en raison de son poids et de la nécessité d'un rapide déplacement selon les circonstances militaires. Encouragé par un concours financier assuré par des donateurs dont la Duchesse d'Uzès et Le Prince Orloff, Marcille met sur pied son projet avant la fin 1914. Il part le 10 novembre de la porte Maillot pour se rendre aux environs d'Arras et monte sa formation dans le château de Lignereuil près d'Hesdin à 10 kilomètres de la ligne de feu. L'ambulance Marcille va fonctionner jusqu'au 28 novembre 1914. Le docteur Hallopeau va traiter 70 blessés, 15 vont décéder, une seule gangrène gazeuse s'est déclarée et a guéri. Malgré ces résultats et l'appui de la Société de Chirurgie, l'ambulance a été retirée vers la zone de l'intérieur. Le Médecin-Général-Inspecteur Troussaint allait demander à Gosset, Médecin-Major de 1ère classe d'apprécier de nouveau les qualités de la formation Marcille, le 12 février 1915 et Gosset s'installe à Sainte-Menehould le 13 février avec Marcille lui-même. L'organisation de cette ambulance impressionne le Médecin-Général Mignon qui rapporte plus tard : *“ce n’était plus un milieu de fortune comme tout ce que j’avais vu jusqu’alors, c’était vraiment ce qu’est pour les chirurgiens une salle d’opération : parois blanches, percées de larges baies répandant une abondante lumière, parquet couvert en son entier d’un linoléum couleur marron, des lampes électriques, des radiateurs actifs, trois tables d’opérations, un personnel ganté, coiffé d’une calotte blanche, enveloppé de blouses blanches et à côté un immense autoclave d’où sortaient de larges plateaux chargés d’instruments, un autre autoclave réservé à la désinfection des gants, des lavabos avec eau stérilisée. Gosset opérait un blessé qui avait subi un traumatisme grave de l’abdomen, champs largement étendus, chloroformisation avec l’appareil d’Ombredanne, un aide direct qui devançait le désir du chirurgien et un groupe d’élèves attentifs. Silence général, en un mot de la vraie chirurgie. Gosset me mena dans les salles de blessés, lits uniformes, couchettes élégantes, aspect hospitalier flatteur. La cause de l’Automobile Chirurgicale était gagnée à mes yeux...”*. Après un court déploiement de la même Auto-Chir près de Clermont-en-Argonne où le Médecin-Major Robert Proust tenait le service chirurgical, il fallut attendre le 11 mai 1915 pour voir arriver l'ambulance A1 à Sainte-Menehould. L'ambulance Marcille-Gosset comprenait 11 véhicules, 5 camions de 3,5 tonnes. Le camion A portait la chaudière, le grand autoclave et le petit autoclave de secours, les bouilloires, une boîte à stérilisation de gants, un chauffe-linge et des réservoirs d'eau distillée ainsi que deux grands réservoirs d'eau de 300 litres placés sur la toiture du camion. Le camion B renfermait l'appareil de radiologie et un box de radiologie qui servait de magasin contenant les panneaux de la baraque opératoire pendant le transport routier. Le camion C contenait un groupe électrogène, des médicaments, des pansements, le linge de salle d'opération. Les camions D et E contenaient la literie. Le personnel officier voyageait dans deux camionnettes et quatre voitures légères servaient au transport des blessés et à celui des infirmiers pendant les transferts. Le personnel se composait de 9 médecins dont 4 chirurgiens, 4 assistants, 1 spécialiste radiologue, 26 infirmiers dont 1 sous-officier-major, 18 conducteurs automobilistes dont 1 sous-officier mécanicien.

Déployée, la baraque opératoire mesurait 15 mètres de long sur 5 de large constituée de panneaux contreplaqués solides et légers ; elle était munie de fenêtres encadrant des carreaux en mica. La toiture était formée d'une toile verte imperméable. L'intérieur du pavillon était divisé en 3 compartiments, le premier la salle de nettoyage, le deuxième le préparatoire de même dimension, et la salle d'opération qui occupait la moitié du

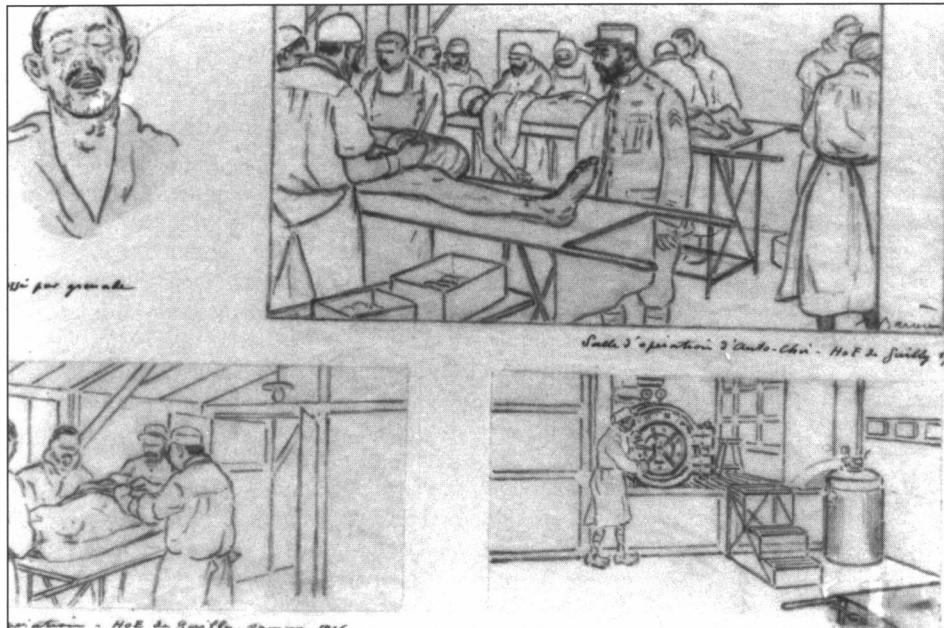


Fig. 4 : Calque montrant deux équipes chirurgicales opérant des blessés et les autoclaves d'une "Auto Chir"

baraquement (fig. 4) et auquel on y avait adjoint le camion de radiographie à son extrémité. Un camion de pharmacie et d'objets de pansements était posté à côté du baraquement. Le professeur Quénau en visite dans la troisième armée inaugure la salle opératoire en opérant un blessé atteint au cou-de-pied droit par une tige de fer qui fut ôtée et dont le trajet fut nettoyé. Le nombre des Ambulances Chirurgicales Automobiles devait correspondre à celui des Corps d'Armée, c'est-à-dire 21, mais on en retrouve jusqu'au n° 43 dirigée par Leriche. Carrel a dirigé la n° 31, Gosset la n° 1, Jeanbrau la n° 13, Latarjet la n° 8, Lardennois la n° 7, Marcille la n° 24, Rouvillois la n° 2...

2. "Les centres de fracturés"

Les centres pour traitement des fractures existaient depuis 1915 mais c'est à partir de la décision du 30 mars 1917 qu'ils furent officiellement créés. Le but de l'Instruction Ministérielle était que les fracturés devaient rester entre les mains de chirurgiens expérimentés depuis la blessure jusqu'à la guérison sans encombrer les formations de l'avant. Ils furent donc divisés en trois types de centres à trois échelons différents : à l'avant, à la zone des Etapes, et à la zone de l'Intérieur. Le blessé d'un membre, passait d'un centre à l'autre, accompagné de son dossier médical assurant ainsi une continuité du traitement. Au premier échelon, le "centre opératoire des fractures", tel qu'il était qualifié, était situé dans un immeuble indépendant dans un groupe de baraquement ou dans une partie de l'Hôpital d'Origine et des Etapes (Beauvais, Châlons-sur-Marne, Chaumont-sur-Aire, Compiègne, Ognon, Jonchery, Gueux, Mont Notre-Dame,

Zuydcoote). Leur rôle était le traitement chirurgical de la plaie. Au deuxième échelon, à 100 ou 200 kilomètres de la ligne de feu, la formation est appelée selon l'instruction ministérielle "*Centre Orthopédique*" (Vanves, Troyes, Bar-le-Duc, Château-Thierry, Epernay, Berck-Plage). Leur rôle était d'assurer le traitement proprement dit des fractures jusqu'à consolidation. Au troisième échelon, désigné "*Centre de Physiothérapie*" (Sablé dans la Sarthe, La Chapelle-Saint-Luc et le Château de Courances à Fontainebleau, Chartres, Melun et Caen).

Leur rôle était de traiter les blessés par mécanothérapie, électrothérapie et balnéothérapie, jusqu'à leur convalescence.

Les appareillages des membres amputés vont bénéficier dès les premiers mois de la guerre d'une organisation, prescrite par une dépêche du 7 décembre 1914, destinée à recevoir dans un hôpital spécial de chaque région, tous les mutilés appareillés. Il ne faut pas oublier que l'on dénombrera après la guerre plus de 40 833 amputés, chiffre du 31 décembre 1919.

IV - EVOLUTION DES METHODES CHIRURGICALES DES PLAIES DES MEMBRES DURANT LA GUERRE 1914-1918

Les progrès de la prise en charge des plaies des membres ont été constants pendant la guerre, du ramassage des blessés sur le champ de bataille jusqu'au traitement des séquelles dans la zone de l'Arrière.

1. Le ramassage

Lors du ramassage la réanimation n'existe pas. Le choc traumatique et le choc hypo-volémique étaient mal différenciés. Il n'existe pas de consensus pour le traitement de l'un ou de l'autre. Tuffier recommandait les injections d'huile camphrée et de sérum adrénaliné, le décubitus dorsal avec la tête plus ou moins basse, la calorification sous cerceaux munis de 4 lampes électriques engrillagées. Depage utilisait le liquide de Locque en injection d'un litre si la pression diastolique du blessé descendait au-dessous de 80 mm. Bowlby préconisait des injections intraveineuses de bicarbonate de soude en solution à 4 % pour empêcher l'acidose. D'autres faisaient boire aux blessés des boissons chaudes.

A l'arrivée des blessés dans les postes de secours, on groupait souvent dans une même pièce ceux qui étaient en état de collapsus (pâleur des téguments, accélération du pouls, hypotension artérielle). L'organisation de cette salle de "*déchocage*" sous la responsabilité d'un médecin qui, toutes les heures, mesurait la pression artérielle, va aboutir à retarder l'hémostase et la désinfection des plaies sous prétexte d'espérer que les blessés allaient pouvoir s'améliorer. Il faut attendre la fin de la guerre pour que Quénu et Delbet soulèvent l'hypothèse d'une toxémie engendrée par les broiements musculaires, mais cette toxémie n'a pas été reproduite expérimentalement chez l'animal pour prouver leur hypothèse. Cependant Pierre Delbet a pu dire : "*Au lieu d'attendre que le malade sorte de l'état de shock pour l'opérer, il faut l'opérer pour le faire sortir de l'état de shock*".

La transfusion sanguine n'a été guère utilisée avant l'année 1917. L'appareil instrumental était compliqué, on croyait en l'efficacité des injections sous cutanées ou intra-

veineuses de sérum physiologique pour augmenter la pression artérielle. Jeanbrau de Montpellier va simplifier la méthode et utiliser une solution de citrate trisodique à 10 % stérilisée à l'autoclave et mélangée au sang du donneur pour éviter la coagulation. Les donneurs de sang ne furent pas difficiles à trouver au front, mais la transfusion sanguine n'a pas été employée dans les formations sanitaires de l'avant aussi souvent qu'il eût été nécessaire. On relève 192 cas certains de transfusion, entre juillet 1917 et novembre 1918. On comprend que les cas étaient sélectionnés et la transfusion était le plus souvent secondaire à l'intervention chirurgicale et en fin de compte la plupart des chirurgiens sont restés réservés quant à son application.

2. Au niveau de la structure chirurgicale

a) *Les antiseptiques locaux*

L'infection étant la préoccupation principale, les chirurgiens se sont penchés sur l'utilisation de nombreux antiseptiques locaux. La teinture d'iode avait la faveur de beaucoup au début du conflit, mais son utilisation entraîna de nombreuses intolérances. Les eaux phéniquée, goménolée étaient assez agressives. L'eau oxygénée eut plus de partisans pour son action sur les anaérobies. L'alcool coûtait cher et était détournée de son usage, on finit par l'abandonner, il fut remplacé par l'éther qui, utilisé en abondance, arrivait à brûler le dos des malades, d'autre part sa volatilité était dangereuse en utilisation à proximité des lampes d'éclairage. Le formol a été également employé. Abadie d'Oran a utilisé des solutions de sels marins. Leuret à Sainte-Menehould a employé des insufflations d'oxygène pur ou bien mélangé à de l'essence de cannelle. On peut citer également l'utilisation de sérum anti-gangréneux de Leclainche et Vallée en injection locale et une application de pansement imbibé de chlorure de magnésium rapportée par Delbet à la Société de Chirurgie le 22 novembre 1916. L'héliothérapie a été utilisée dans la zone de l'arrière.

C'est en fait la méthode de Carrel qui semble avoir eu les meilleurs résultats. Il ne s'agissait pas d'une simple désinfection locale mais d'un traitement mixte, chirurgical et médical. Si elle avait été utilisée incomplètement par Tuffier en juillet 1915 à Sainte-Menehould, son application commença à se vulgariser un an plus tard en juillet 1916. Elle consistait dans un premier temps, en un traitement chirurgical de la plaie qui était débridée, excisée, nettoyée soigneusement, l'hémostase était faite ainsi que l'ablation des corps étrangers. Le deuxième temps consistait en une irrigation abondante jour et nuit par une solution de Dakin passant par des tubes de caoutchouc enfouis dans les parties les plus cruentées de la plaie. Le liquide de Dakin était une solution d'hypochlorite de soude proche de l'eau de Javel et de la liqueur Labarraque, mais qui ne renfermait ni chlore libre, ni soude libre : elle était donc moins caustique. Durant cette phase d'irrigation les sérosités de la plaie étaient prélevées tous les jours pour une numération des microbes sur frottis. Le troisième temps consistait en la fermeture secondaire dès que la numération des microbes était négative. La fermeture était exécutée soit par une suture soit le plus souvent par une traction élastique à l'aide de lanières de caoutchouc pour assurer une rapprochement progressif. Cette méthode quasi mathématique a permis d'éviter bien des décès et des amputations.

b) Traitement anti-infectieux général

Bien entendu, les antibiotiques n'existaient pas et on croyait beaucoup dans l'efficacité des sérum antigangréneux. Leclainche avait mis au point le sien avant la guerre, on ne l'introduisit que fin de l'année 1915, il ne visait que le vibron septique et le *Bacillus perfringens*. Il existait également des sérum monovalents, celui de Weinberg et Seguin anti-oedematiens, anti-perfringens et anti-vibron septique, le sérum anti-perfringens de Veillon, le sérum anti-belonensis de Sacquépée et le sérum anti-vibron de Jouan. Il faut attendre 1918 pour que Hyacinthe Vincent mette au point un sérum polyvalent, mais à la fin de la guerre il est bien difficile de savoir pour le progrès du traitement des plaies ce qui revient à l'efficacité du sérum anti-gangréneux ou à celle du traitement chirurgical.

Le sérum anti-tétanique était efficace à condition de pratiquer la première injection le plus tôt possible après la blessure, injection de 20 ou 30 cc et de la renouveler. Le tétanos va presque disparaître après 1916 et devenir exceptionnel en 1918.

c) Le traitement chirurgical

Les deux premières conférences chirurgicales inter-alliés pour l'étude des plaies de guerre du 16 mars 1917 et du 14 mai 1917 réunissant des médecins de Grande-Bretagne, de Belgique, d'Italie, du Japon, de Serbie, du Portugal et de la France ainsi que des médecins américains pour la deuxième réunion, furent consacrées aux principes généraux du traitement des plaies et aux méthodes de bactériologie, à la pathogénie de la gangrène ainsi qu'aux fractures, aux plaies articulaires. Celles du 5 novembre 1917, du 11 mars 1918 et du 18 novembre 1918 après l'armistice ont également traité des plaies des membres. A ces conférences tenues à Paris au Val-de-Grâce, des réunions entre chirurgiens du front et de l'intérieur se tenaient en moyenne deux mois après chaque offensive, la première ayant eu lieu le 21 octobre 1917, toujours au Val-de-Grâce. Elle a traité entre autres de l'immobilisation primitive ou secondaire des fractures, de la suture primitive ou secondaire des plaies de guerre et du traitement des plaies articulaires. L'équivalent d'une Faculté de Médecine fut créé à Bouleuse, à l'armée du front de Champagne où un enseignement de qualité fut dispensé et actualisé sur le traitement des plaies de guerre. Ces différentes réunions vont participer à la mise en place d'une ligne de conduite commune pour le traitement chirurgical des plaies des membres. L'évolution du traitement des plaies des parties molles s'est faite en plusieurs étapes. A l'abstention du début voire à la fermeture sans désinfection va succéder le simple débridement qui s'est pratiqué de manière systématique dès qu'on a acquis la notion que toute plaie de guerre était infectée. Au début cette plaie était laissée à son évolution spontanée jusqu'à cicatrisation lente, c'est à cette période que de nombreuses amputations secondaires pour arrêter l'infection envahissante ont été pratiquées. Il s'en suivait des cicatrices cutanées adhérentes, des fibroses musculaires et des impotences fonctionnelles plus ou moins graves. Quand on n'amputait pas, les articulations s'entraînaient, l'ankylose était d'ailleurs recherchée. La chirurgie est surtout effectuée alors dans les hôpitaux de l'arrière, c'est une chirurgie de réparation et de correction. Puis c'est la période de la méthode Carrel : après débridement et excision des tissus dévitalisés, hémostase, on pratique une désinfection considérée comme une stérilisation progressive de la plaie avec numération bactériologique régulière permettant une suture secondaire.

Enfin les progrès dans la précision du parage vont permettre à certains dont le chef de file est Gaudier de Lille de s'autoriser à pratiquer des fermetures primaires. Cette solution va rester une exception dans les conditions de guerre car elle était trop contraignante. En effet il fallait un parage particulièrement précis, qui était long et pouvoir surveiller le blessé pendant dix jours par le chirurgien qui l'avait opéré de manière à éventuellement débrider la plaie en cas de sepsis secondaire. De telles conditions étaient pratiquement irréalisables pendant les offensives et l'on ne garda le principe de suture immédiate que pour la fermeture de la synoviale prônée par Delore et Kocher en 1915 et mise en pratique par exemple par Loubat en 1916 dans l'Auto-Chir n° 12 de Gross à Froidos.

Plus réaliste était la suture primo-retardée dictée par Duval. Seul le parage était exécuté à l'avant et le rapprochement lâche avec drainage était complété à l'arrière, cette méthode rapide avait l'avantage de désencombrer les structures chirurgicales de l'avant en cas d'afflux massif de blessés.

C'est la suture secondaire de la méthode Carrel qui s'est révélée la plus sûre et être le meilleur compromis entre la sécurité infectieuse et la restauration anatomique garante d'une guérison plus fonctionnelle que la cicatrisation simple.

Si l'amputation au début de la guerre était utilisée pour éviter tout risque d'infection ou imposée par une gangrène gazeuse, elle a été dans les dernières années réservée aux blessures les plus graves réalisant l'expression ultime du parage.

d) Le parage

L'attitude devant une plaie des parties molles a été extrêmement variable du simple nettoyage timide à la compresse jusqu'à l'excision de la plaie à la manière d'une tumeur entraînant des excès d'exérèse et des sacrifices vasculaires et nerveux. Au mot parage qui renvoyait plus au vocabulaire de boucherie qu'à celui du chirurgien, on a préféré le mot "épluchage" (Chaput) "émondage" (Reynes). Abadie résume bien dans une communication à la Société de chirurgie du 12 mai 1915, ce qu'il faut entendre par parage : *"ouverture large de la peau ; ablation des liserés contus jusqu'à la découverte de lèvres vives ; exploration des coins et des recoins de la plaie plan par plan, en ayant soin de soulever et de séparer les lambeaux dont la compression dissimule la déhiscence : ébarbage des muscles avec abrasion des franges mâchurées jusqu'à ce que des sections nettes montrent des tissus bien vivants, saignants à la coupe ; enlèvement des effilochures aponévrotiques ; ablation soigneuse du tissu conjonctif dont l'infiltration est suspecte par son odeur ou sa coloration noir verdâtre"*. Il faut y ajouter toilette abondante, esquillectomie en cas de dégât osseux et ablation des corps étrangers de toutes sortes et en particulier des éclats d'obus qu'on ôtait avec acharnement car ils représentaient le spectre de l'infection. C'est la radioscopie qui allait permettre l'aide à l'extraction à partir de 1916. Les chirurgiens laissaient ce travail fastidieux et long à ceux de l'Intérieur qui utilisaient différents dispositifs, règle de Haret, compas de Hirtz, de Debierne, de Saïssi et de Grand-Gérard et la Bonnette fluoroscopique (fig. 5).

e) Progrès dans la prise en charge des fractures

Les plaies des membres avec fracas osseux vont également bénéficier des progrès des méthodes à tous les niveaux, du ramassage aux structures de l'avant, dans la zone



fig. 5 : *Equipe chirurgicale opérant secondairement un blessé pour la recherche d'un projectile à l'aide du compas de Hertz et de la bonnette*

attelles étaient également nombreuses, gouttières métalliques, attelles de bois, attelles grillagées, attelles en stores (le store resta après guerre à la nomenclature du Service de Santé) qu'on avait mis en place près de Sainte-Menehould car il existait une fabrique locale qui avait pu fournir la matière première toute faite, mais ces attelles étaient trop souples. Certains ont pu y ajouter du plâtre pour les rigidifier (Eynard). Pierre Duval introduisit en juillet 1917 la "Thomas splint" dont le principe reposait sur l'extension continue du membre inférieur avec un appui pubien et ischiatique et une traction dans l'axe du membre par l'intermédiaire du pied. Cette attelle a pu être améliorée par Blache, Lardennois, Descamps et Rouvillois. La traction avait l'avantage d'avoir un effet antalgique et permettait le transport du blessé dans de bonnes conditions.

- *Traction suspension* : (fig. 6). La suspension exigeait un bâti autour de lit, ce cadre était réalisé en bois et servait à suspendre différents contrepoids. On l'employait dans les centres de fracturés à distance de la ligne de feu, il convenait mieux aux fractures des membres inférieurs qu'à celles des membres supérieurs. Il

des Etapes et dans la zone de l'Arrière. Plusieurs points sont intéressants à considérer :

- *Les immobilisations provisoires* : les contentions provisoires ont été innombrables. Pour le membre supérieur la pose d'attelles légères et le bandage coude au corps avec écharpe a été le plus souvent utilisé pendant toute la durée de la guerre. Pour le membre inférieur, les



Fig. 6 : *Installation en traction suspension d'un blessé porteur de fractures du fémur gauche et de la jambe droite avec une plaie en cours d'irrigation-lavage*

s'agissait de montages complexes avec contre-poids, suspension par des attelles ou des hamacs et traction soit par l'intermédiaire des téguments soit par l'intermédiaire d'une broche traversant par exemple l'extrémité inférieure du fémur pour une fracture du fémur. Cette méthode avait l'avantage de ne pas immobiliser totalement les articulations, et de faciliter le pansement, les irrigations et les contrôles radiographiques mais nécessitait un alitement même lorsqu'elle était utilisée au membre supérieur. Elle avait l'inconvénient d'être complexe à surveiller pour éviter tout défaut de réduction et donc de cal vicieux. Les appareils plâtrés ont été très utilisés : ils ont eu leur apogée en 1916, mais ils avaient l'inconvénient de leur encombrement et de ne pas assurer la réduction stricte des fractures.

C'est ainsi que le principe de l'*extension continue* a été appliqué pour le traitement secondaire des fractures du fémur et de l'humérus. Delbet a mis au point l'appareil à extension fémorale des fractures de cuisse avec un anneau rembourré prenant appui sur le pubis et l'ischion en haut et un autre prenant appui sur la saillie des condyles fémoraux en bas. Les deux appuis étaient reliés par trois tiges à ressort pour assurer l'extension et par là-même la réduction. Appareil de traitement secondaire, il avait l'avantage de laisser une certaine mobilité articulaire sus et sous-jacente, il permettait même la marche. Le même principe a été appliqué pour les fractures de l'humérus avec l'appareil de Delbet du membre supérieur, celui de Leclercq et celui d'Alquier.

- *Ostéosynthèse* : Le traitement chirurgical par ostéosynthèse n'a été utilisé qu'assez rarement. On savait que les corps étrangers n'avaient guère de chance d'être tolérés dans des foyers potentiellement infectés. Pourquoi introduire une plaque métallique lorsqu'on s'était acharné à ôter un éclat d'obus ? Pourtant toutes les diaphyses osseuses ont fait l'objet d'ostéosynthèse. L'humérus, le radius et le cubitus pour éviter une synostose, le fémur pour éviter un chevauchement des fragments et le tibia pour tenter de corriger un cal vicieux. L'ostéosynthèse n'en était qu'à ses débuts. On connaissait les fils métalliques, les agrafes de Dujarier, les boulons de Depage, les plaques vissées de Lane, de Lambotte et de Sherman. Les sutures osseuses au fil d'argent n'étaient pas assez stables pour se permettre de se passer d'une immobilisation complémentaire par plâtre (fig. 7 et 8). On laissait souvent le toron à la peau pour faire office de drainage. Pierre Duval a rassemblé 152 cas d'ostéosynthèses dans la période d'infection. Sur les 128 résultats exploitables, 101 étaient satisfaisants, 27 mauvais (15 fistules, 7 pseudarthroses, 4 amputations, 1 décès). Rouvillois a également exécuté 48 ostéosynthèses immédiates, toutes consolidées.

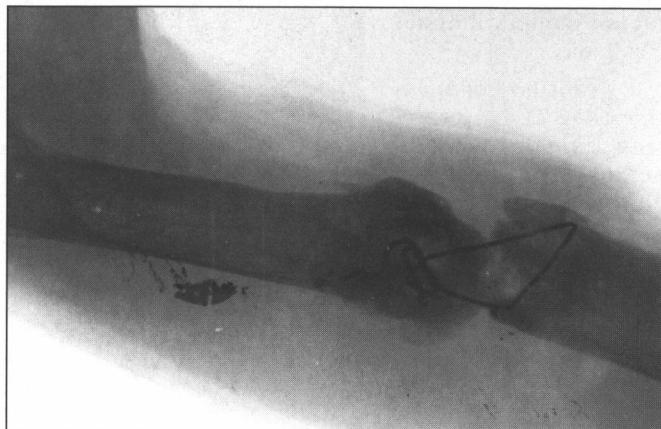


Fig. 7 : Suture au fil d'argent d'une fracture de l'humérus

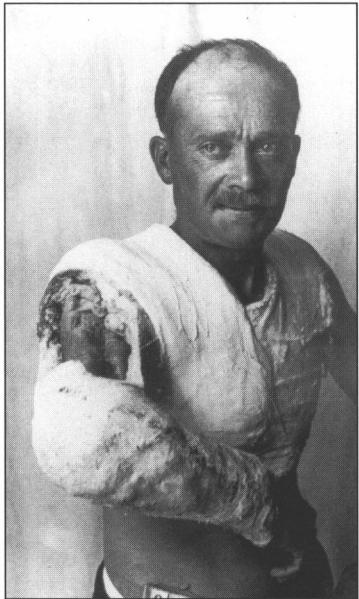


Fig. 8 : Même blessé que la fig. 7 avec immobilisation plâtrée fenêtrée pour permettre les pansements

dées... Patel rapporte en octobre 1918, au congrès de chirurgie de Paris, 50 ostéosynthèses en milieu infecté avec un seul échec. Il faut tempérer ces succès par la phrase de Patel d'avril 1922 : “*l'ostéosynthèse primitive du fémur dans les fractures infectées est un mal*” et par celle de Rouvillois : “*ne pratiquer l'opération que dans les fractures impossibles à réduire et à maintenir réduites, notamment dans les fractures à grand déplacement ou avec perte de substance osseuse*”. Ces réflexions montraient qu'il existait déjà une grande méfiance vis-à-vis de l'ostéosynthèse dans les plaies de guerre.

Qu'en est-il du fixateur externe employé si fréquemment de nos jours dans les plaies de guerre des membres ? La première application connue du fixateur externe est celle d'Albin Lambotte en 1902 sur une fracture du fémur. On connaît peu d'exemples pendant la guerre 1914-1918, il semble que le fixateur employé comportant une pince osseuse de chaque côté du foyer de fracture reliée à une barre d'union était insuffisamment rigide pour être fiable et pour obtenir une consolidation per primam.

- *Les greffes osseuses* : Les pertes de substance osseuse étaient si fréquentes que la technique des greffes osseuses s'est rapidement développée pendant la guerre (fig. 9). Toutes les techniques ont été utilisées, hétéro-greffe d'animal, homogreffe humaine, autogreffe empruntée à l'os, siège de la perte de substance ou à un autre os du squelette, greffe ostéopériostique qui sont des greffes segmentaires partielles dans laquelle la couche osseuse est réduite à quelques millimètres d'épaisseur qu'on a pu associer à une hétéro-greffe de veau (Henri Judet). Les autogreffes pédiculées ont été également utilisées, par exemple bord externe de l'omoplate pour réparer une perte de substance du tiers supérieur de l'humérus (Codivilla). Ces greffes pouvaient être disposées soit dans l'axe de l'os (greffe centrale) soit en attelle (greffe latérale), la fixation était assurée par du catgut, par une petite cheville osseuse, par des crins de Florence ou des fils métalliques, des agrafes métalliques, des plaques métalliques fixées, par des vis ou des clous.

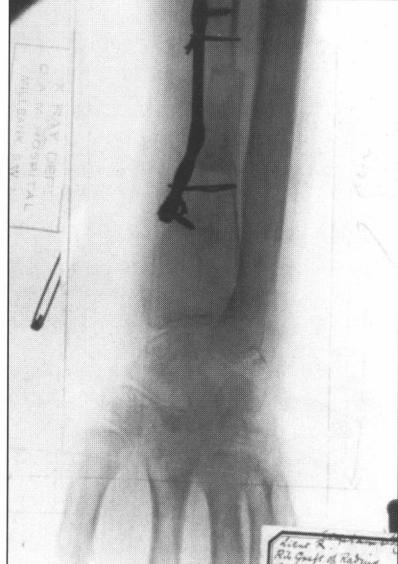


Fig. 9) : Ostéosynthèse du radius avec une plaque de Lambotte fixée par vis et cerclages, associée à une greffe osseuse

CONCLUSION

De tous les progrès du traitement chirurgical des plaies des membres pendant la guerre 1914-1918 il semble que le plus grand et à la fois le plus simple a été le parage. Pour être plus efficace, le parage doit être fait le plus tôt possible par un chirurgien expérimenté car le dosage de l'excision des tissus dévitalisés par une plaie de guerre n'est pas un geste facile. Durant la guerre 1914-1918 le corps chirurgical a pris conscience que la chirurgie de guerre était une chirurgie septique, une chirurgie d'urgence, mais aussi une chirurgie fonctionnelle.

REMERCIEMENTS

Nous remercions pour leur participation à nos recherches :

Le docteur Frédéric Rongieras, le docteur Jean-Pierre Bouquet, le docteur Jean-Pierre Romanet, le docteur Antoine Bertani, Marie-José Olympe pour son travail de dactylographie.

BIBLIOGRAPHIE

Une bibliographie importante peut être trouvée dans deux thèses récentes :

FLUSIN M.- *H. Rouvillois (1875-1969). Sa vie, son œuvre et son rôle dans l'évolution de la chirurgie de guerre.* Thèse, Lyon, 2001.

MICAElli P. - QUEYRIAUX - *L'évolution de l'anesthésie militaire à travers les conflits (de la Crimée à l'Algérie).* Th. méd, Lyon, 2001, n° 46.

CASSIAU H. - *La radiologie militaire française pendant la Grande-Guerre.* Thèse méd., Lyon n° 225, 1997.

FOURNEL C. - MUZELLES S. - *Un médecin au front de 1914 à 1918 ou l'incroyable destin.* Alan Sutton édition, Joué-lès-Tours, 2000.

LÉO G. - *Trois mois de chirurgie de guerre dans la zone de l'arrière (Hôpital temporaire n° 5).* Paris. A. Maloine, 1915.

MARTIN Albert - *Souvenir d'un chirurgien de la Grande Guerre,* P.A. Martin. Bertout imprimeur-éditeur, 1996.

PALLARDY G., PALLARDY M.-J., WACKENHEIM A. - *Histoire illustrée de la radiologie.* Paris, Ed. Dacosta, 1989.

RESUMÉ

L'évolution de la chirurgie des plaies de guerre des membres en 1914-1918.

La guerre 1914-1918 a été décisive pour la mise au point des principes de base du traitement chirurgical des plaies des membres.

Avant 1914, le "dogme de l'abstention" devant une plaie de guerre se fondait sur la relative bénignité des plaies par balle de fusil et les risques infectieux redoutables qui faisait reculer les chirurgiens. Dès les premiers mois de la guerre 1914-1918, les nouvelles plaies par éclats d'obus et de grenades, l'afflux massif des blessés et les conditions précaires et retardées des soins ont fait réapparaître la gangrène gazeuse et les complications septiques mortelles. Le Service de Santé de l'Armée française a réorganisé les structures chirurgicales en créant notamment les "Ambulances Chirurgicales Automobiles", en instaurant un triage des blessés et en mobilisant de nombreux chirurgiens.

Les progrès du traitement chirurgical et des méthodes de désinfection des plaies surtout avec la méthode Carrel, excision des tissus dévitalisés, irrigation continue de liquide Dakin puis fermeture secondaire, ont permis d'obtenir de meilleurs résultats et de sauver de nombreuses vies humaines. Les méthodes de traction-suspension et l'extension continue ont été utilisées de manière habituelle pour le traitement des fractures. Les ostéosynthèses et les greffes osseuses ont été développées. De tous les progrès, le parage des plaies, exécuté en urgence par des chirurgiens expérimentés, a été celui qui semble un des plus importants. Le parage chirurgical des plaies de guerre reste encore de nos jours le pilier de leur traitement.

SUMMARY

Progress in surgery of limb's wounds during the Great War.

The prominent tenets of limbs' wound surgery have been improved during the Great War. Before 1914, traditional treatment of war injuries was usually applied on the ground because injuries caused by firearms were supposedly trivial while the threatening infection refrained surgeons from acting. From the very start of 1914, gangrene and septicaemia were the terrible consequences of new types of injuries provoked by shrapnel, all the more dangerous that the wounded men were numerous and the injuries were nursed after a too important delay. New surgical facilities have been organised by the French Military Health Service which created the "Ambulances Chirurgicales Automobiles", improved the selection procedures and the mobilization of many surgeons. New surgical treatments such as lancing, continuous use irrigation, delayed suture of wounds allowed improvement of results and saved more than one soldier. Finally, the excision of dead and contaminated tissues is still nowadays the most important progress in war surgery.

Les blessés de la face durant la Grande Guerre : les origines de la chirurgie maxillo-faciale

par François Xavier LONG **

Le drame humain de la Première Guerre Mondiale connaît une intensité jamais décrite auparavant, à la crise morale s'ajoutent des séquelles physiques qui marqueront le XXème siècle.

Cette "brutalization" (MOSSE) engendrera un ensemble de mutations dans les sociétés européennes et en particulier en France :

Les femmes occupaient jusqu'à présent des postes mineurs et subalternes dans le monde du travail. Elles vont désormais prendre des responsabilités en remplacement des hommes qui sont partis au front et dont beaucoup ne reviendront pas.

L'élite intellectuelle, artistique et scientifique française a été considérablement déci-mée pendant la Première Guerre Mondiale et il aurait fallu attendre deux ou trois décennies pour renouveler ce capital, qui malheureusement a subi les effets de la Deuxième Guerre Mondiale. Cette nouvelle élite sera plus spécifique et moins huma-niste.

Enfin, le service de santé va se trouver confronté à des situations nouvelles aussi bien par le type de blessures que par le nombre de blessés. Il en résultera une adaptation progressive au cours de ce conflit.

Les chiffres éloquents montrent l'ampleur de cette hécatombe : il y a eu 2 800 000 Français blessés sur les 8 000 000 de mobilisés, 300 000 ont été mutilés, 200 000 inva-lides à plus de 10 %. Certains blessés l'ont été à plusieurs reprises car ils étaient obligés de retourner au front si le service de santé considérait que les blessures le permettaient.

C'est au cours de ce conflit que sont apparues des blessures de la face peu répandues précédemment. Il y a eu 11 à 14 % de blessés français au visage et parmi eux entre 10 à 15 000 grands blessés de la face.

Le mérite revient aux historiens modernes et en particulier à Sophie Delaporte d'avoir levé le voile pudique tendu sur l'histoire de ces blessés depuis la Grande Guerre.

* Comité de lecture du 19-20 mai 2001 de la Société française d'Histoire de la Médecine.

** 5 avenue de la Victoire, 55100 Verdun.

L'importance et la gravité de ces blessures trouvent leur origine dans l'efficacité des armes modernes.

I) La situation avant la Première Guerre Mondiale

L'encyclopédie de l'Histoire de la Médecine au chapitre "Histoire de la Médecine Militaire" par P. Huard et Marie-José Imbault-Huart fait peu de mentions sur les traumatismes de la face. On découvre que les plaies étaient suturées immédiatement mais il n'y avait peu ou pas de texte sur les traitements osseux en dehors de la trépanation des sinus frontaux.

Il faut se souvenir que durant l'époque napoléonienne, les grands blessés de la face étaient achevés sur le champ de bataille pour abréger leurs souffrances et éviter les traitements palliatifs qui auraient certainement retardé le cheminement des troupes. Quelle que soit la nature des blessures, les blessés avaient plus de chances de mourir d'épidémies. Napoléon préconisa la prévention vaccinale (JF Lemaire, JM Ullmann), ce dernier était particulièrement sensibilisé par les marques de soins destinées à préserver plus le combattant que l'homme.

Depuis l'Antiquité jusqu'au XIXème siècle, la représentation de la face se réduisait le plus souvent à l'aspect du nez. C'est pourquoi, très tôt, les chirurgiens se sont évertués à reconstruire le nez dans les pertes de substance traumatiques. Il semble que c'est au premier siècle avant J.C. avec Celse que la chirurgie nasale apparaît avec des procédés pour rectifier les nez déformés. Sucrata a décrit la méthode de chirurgie hindoue à partir d'un lambeau cutané frontal pour combler cette perte de substance. Branca au XVIIIème siècle utilise ce procédé alors que son fils Antonio prélève le lambeau sur le bras, Vianeo puis Aranzio firent de même. Il faut attendre Tagliacozzi, en 1569, avec la première description de son lambeau qui figure dans le *"De curtorum chirurgica per incisionem"* (1599). Celui-ci utilise un lambeau pédiculé à partir du membre supérieur pour combler une perte de substance nasale. Cette opération fut combattue par Fallope, Ambroise Paré lui s'en tient aux nez artificiels.

Ce rapide survol de l'histoire de reconstruction de la face montre qu'il y a eu peu de progrès depuis l'antiquité jusqu'à la fin du XIXème siècle.

La chirurgie reconstrucente était réalisée par des chirurgiens généralistes non spécialisés ou par des chirurgiens dentistes qui se contentaient de traiter uniquement la pathologie des maxillaires et de la mandibule, en particulier dentaire.

Les blessures de la face existaient certes dans les conflits antérieurs à la Grande Guerre mais les armes utilisées n'avaient pas le même impact que celles qui vont faire leur apparition. Le combattant jusqu'à présent atteignait surtout le tronc de l'adversaire, la tête étant relativement épargnée en dehors des plans superficiels alors que le squelette était rarement touché.

Les armes blanches n'avaient d'efficacité qu'en fonction de la rapidité et de la force de l'agresseur mais la situation va changer pendant la Première Guerre Mondiale.

II) Les blessures de la face pendant la Grande Guerre et leurs causes

Le nombre élevé des blessés de la face durant la Grande Guerre s'explique de plusieurs façons pour Bertrand d'Aram : il y a d'une part la longueur des affrontements

(5 mois pour la bataille de la Somme, 10 mois pour celle de Verdun) et d'autre part l'armement qui est beaucoup plus efficace ; à l'arme blanche se substitue l'arme à feu avec des balles coniques, rapides et pivotantes qui provoquent beaucoup plus de dégâts.

La position du combattant est sensiblement différente par rapport aux guerres précédentes puisqu'il s'agit ici d'une guerre d'assaut et de tranchée. Le défenseur qui va vivre dans la tranchée pendant plusieurs semaines sans en sortir, éprouvera le besoin de bouger ne serait-ce que pour satisfaire des besoins naturels, il n'hésitera pas à se lever, exposant sa face que l'adversaire visera. L'attaque se fait par vagues successives en direction d'une tranchée, le défenseur se découvrira en sortant de la tranchée ou reste acculé au fond de cette dernière, rendant vulnérable la partie supérieure du corps. La plupart des combats sont précédés par un tir nourri de l'artillerie adverse, particulièrement meurtrier dans la bataille de la Somme ou celle de Verdun avec des conséquences physiques et morales sur le combattant qui résistait dans des conditions éprouvantes au milieu des tranchées remplies de boues, de neige ou balayées par la pluie. Ils étaient souvent isolés de l'unité à laquelle ils appartenaient d'autant que les gaz asphyxiants entraînaient leur mobilité.

Le service de santé va affronter cette situation nouvelle devant l'augmentation significative du nombre de blessés de la face par rapport aux conflits précédents. Le schéma qu'il dut improviser sur le champ de bataille était complètement différent de ce qui avait été prévu initialement.

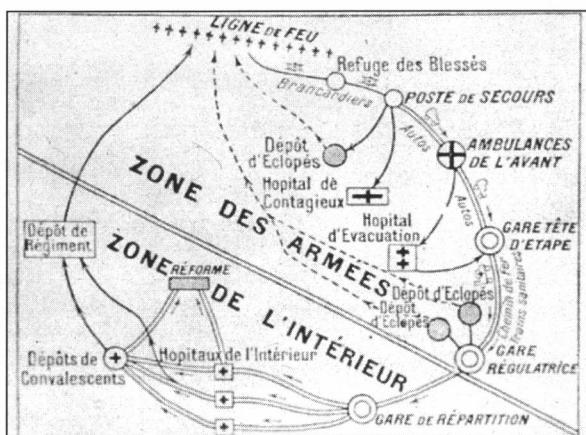
Le dispositif du service de santé sur le champ de bataille jusqu'aux hôpitaux spécialisés de l'arrière mérite que l'on s'y arrête quelques instants pour bien comprendre les difficultés du traitement ultérieur.

La description de Marcel Yonke est conforme à celle retrouvée dans de nombreux ouvrages, il existe 3 zones :

- La zone du front qui comportait des postes de secours et d'évacuation ; les postes de secours servaient à faire le triage et, à conditionner les blessés avant l'évacuation vers les ambulances ou les hôpitaux. Les blessés passaient ensuite vers l'hôpital d'évacuation qui était situé à 10 kilomètres du front ; ils étaient orientés enfin vers les hôpitaux de l'arrière.

- La deuxième zone, dite des armées, comprenait l'hospitalisation des blessés et des malades graves ou légers : elle se trouvait à proximité d'un moyen rapide d'évacuation (fleuves, carrefours routiers ou ferroviaires).

La troisième zone comportait l'hospitalisation à l'intérieur du territoire après un passage à la gare régulatrice et de répartition.



Dispositif du service de santé pendant la Grande Guerre.
(photo collection personnelle)

Le ramassage des blessés par des brancardiers au cours du combat est fondamental.

L'idée est émise au début du XIXème siècle par Larrey. Il faudra cependant attendre la fin de ce siècle et surtout la Première Guerre Mondiale pour la mettre en application. En effet, lorsqu'on attendait la fin des combats, de nombreux soldats mouraient d'infections et d'épidémies faute de soins. La rapidité de ramassage conditionne la survie du blessé, comme cela a été bien décrit par F. Goursolas qui rend compte de l'héroïsme de certains de ces brancardiers qui n'ont pas hésité à payer de leur personne. Certains ont été formés rapidement et il leur était difficile de faire la part entre un mort et un vivant. C'est ainsi qu'Albert Jugon, qui deviendra plus tard un des cofondateurs, de "l'Union des Blessés de la Face", a été considéré comme mort pendant plusieurs jours par les brancardiers qui passaient régulièrement à ses côtés alors qu'il était recouvert de débris telluriques avec une plaie béante de la face caractérisée par une ouverture des lèvres, une protraction de la langue, alors que la salive et le sang se mélangeaient. Le ramassage des blessés était effectué dans des conditions rendues difficiles par la poursuite des combats, les effets de l'artillerie et des armes légères, les conditions climatiques n'étaient pas toujours favorables aussi bien en hiver avec la neige, le verglas, la glace et la boue, qu'en été avec la chaleur, les odeurs pestilentielles et les cadavres qui s'amoncelaient dans les tranchées.



Les Brancardiers
(photo collection personnelle)

Le blessé ramassé était amené au poste de secours le plus proche où les premiers soins étaient dispensés. L'aspirant Laby dans ses carnets décrit "en direct" l'horreur de cette prise en charge des premiers blessés de la face. Cette description est un des rares témoignages rédigé par un des membres du service de santé sur place.



Poste de Secours
(photo collection personnelle)

Le mérite revient au Médecin Chef Kazanjian, en 1916, d'avoir proposé la position semi-assise ou latérale du blessé sur le brancard pour empêcher l'asphyxie, l'inhaltation de sang ou de tissus, cette découverte a permis de sauver de nombreuses vies humaines. Le soldat blessé pansait ou se faisait panser les blessures à l'aide des bandages

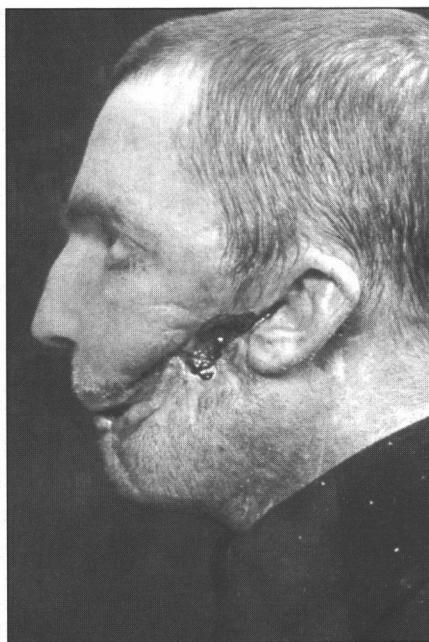
réglementaires qu'ils portaient pendant le combat. Lorsqu'il était ramené au poste de secours, le pansement était imbibé de sang, de salive et adhérait à la peau. Les conditions des soins dans ce premier relais sanitaire étaient rudimentaires. Ils étaient effectués dans des abris de fortune par des hommes souvent peu expérimentés vis-à-vis des blessures faciales (infirmiers ou étudiants en médecine). Lorsque la blessure présentait des caractères de gravité, le blessé était évacué vers l'arrière.

Paul-Alexis Muenier a bien décrit dans "*L'angoisse de Verdun*", les difficultés extrêmes rencontrées par les conducteurs de véhicules pour amener les blessés du poste de secours vers l'ambulance ou l'hôpital d'évacuation. Ces chauffeurs méconnaissaient la plupart du temps le terrain et devaient conduire sous les feux roulant de l'artillerie, aussi bien de jour que de nuit.

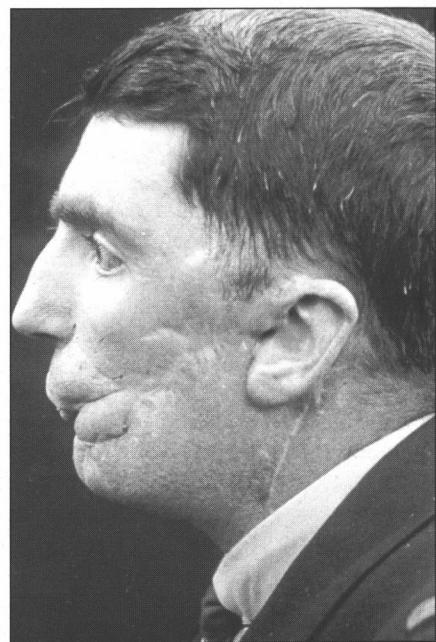
En règle générale, tous les témoignages des combattants (Genevoix) et les écrits (Barbusse, Miquel, Lefebvre, Beumelburg) rendent compte de cet enfer vécu non seulement par les blessés mais aussi par ceux qui étaient chargés de les évacuer.

III) Le blessé de la face dans les centres spécialisés : la naissance de la chirurgie maxillo-faciale

Le blessé est acheminé vers les centres spécialisés après plusieurs jours de transport par voie ferroviaire, fluviale ou par la route. Il faut noter qu'il y eut quelques évacuations sanitaires par avion, ce qui était une des nouveautés dans ce conflit.



Blessé de la face
(photo Musée du Val-de-Grâce)



Blessé de la face après cicatrisation
(photo Musée du Val-de-Grâce)

Le chirurgien réparateur avait deux objectifs : traiter d'une part les pertes de substance des parties molles et du squelette ostéo-cartilagineux et d'autre part lutter contre les complications telles que la pseudarthrose et la constriction maxillo-mandibulaire.

La face possède une vascularisation très riche assurée par l'artère faciale pour le segment antérieur de la face et par l'artère temporale superficielle pour le segment latéral préauriculaire et la zone frontale. Cet apport artériel explique la rapidité de cicatrisation spontanée et l'absence de gangrène, réduisant le taux de mortalité. Le délai entre le ramassage du blessé et l'arrivée dans le centre spécialisé rend compte des rétractions des parties molles et de la nécessité de reprendre la cicatrice pour refaire les plans superficiels de la face.

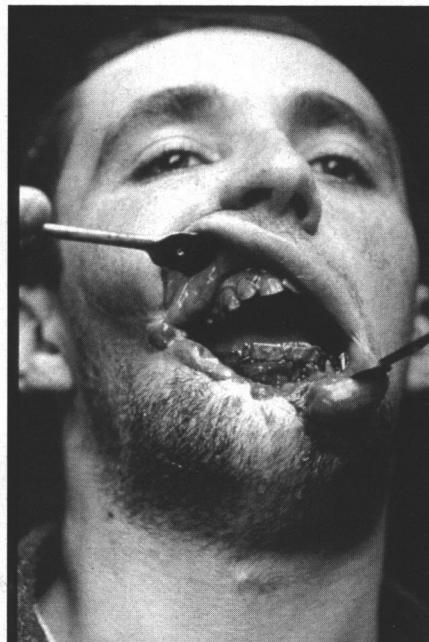
La suture par simple rapprochement n'est pas suffisante pour les grosses pertes de substance des parties molles ; il va falloir les combler à l'aide de lambeaux locaux ou à distance. Le lambeau de Tagliacozzi, qui nécessite différents temps opératoires et des inconvénients physiques et moteurs pour le membre supérieur donneur, va laisser place à une série de plasties locales qui préfigurent la chirurgie modelante moderne. C'est ainsi que Dufourmontel eu l'idée de prendre de la peau frontale pédiculisée par les deux artères temporales superficielles et de la faire passer en fronde devant la face pour constituer les plans de couverture des pertes de substance des parties molles de la région mentonnier au-dessous desquelles une reconstruction osseuse peut être envisagée.

Les complications de ces blessures et de la chirurgie furent des obstacles les plus durs à surmonter.

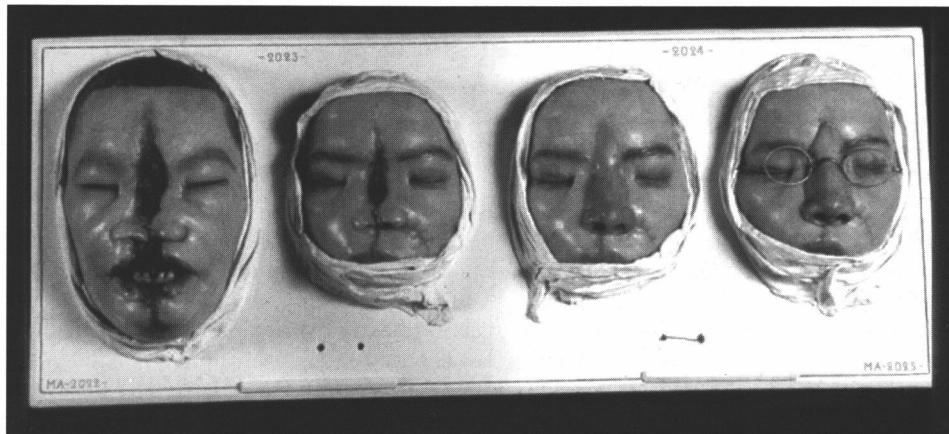
Le traitement de la pseudarthrose va évoluer en deux étapes : la greffe cartilagineuse proposée par Imbert et Morestin connaîtra un succès éphémère par le rejet tissulaire, mais elle eut le mérite de stimuler l'envie de "guérisson" des blessés qui connurent des satisfactions passagères au point qu'ils persuadèrent les nouveaux blessés d'accepter des interventions répétées.

Cette technique fut rapidement remplacée par les greffes ostéopériostée de Delagenière qui n'était qu'une émanation de la greffe périostique d'Ollier décrite dans la deuxième moitié du XIXème siècle. Mais cette technique se faisait dans des conditions d'asepsie précaire, source de complications infectieuses.

Lorsque la chirurgie arrive à ses limites, les séquelles sont alors traitées par des prothèses : Ces dernières comblent les pertes de substance endo ou exo-faciales (prothèse palatine, nasale ou auriculaire). Elles sont fabriquées à partir de moulages (dont la prin-



*Prothèse endobuccale
(photo Musée du Val-de-Grâce)*



Moulage (ECPA)

cipale collection se trouve au Musée du Val-de-Grâce) qui reflètent les différentes étapes de la cicatrisation de la face. Lorsque cette dernière est apparemment stabilisée, le moule donne les dimensions du déficit à combler.

La constriction maxillo-mandibulaire est la deuxième complication la plus redoutable à traiter car elle grève le pronostic fonctionnel masticatoire et phonatoire. Elle est en partie due à la rapidité de cicatrisation des parties molles et musculaires qui s'est constituée durant le transport du blessé vers les Centres spécialisés.

Différents procédés ont été employés dans le cadre de la mécanothérapie : écarteur de mâchoires, traction par poids... Mais la rééducation progressive se substitue aux méthodes brutales. Cette complication entrave le mode d'alimentation qui se fera par sonde, canule ou autres instruments. Ces blessés occupaient, au Val-de-Grâce, un pavillon dit des "baveux" avec pour devise "sourire quand même" et avaient rédigé une revue *"la greffe générale"*.

Certains chirurgiens ont été fortement marqués par la vision de ces mutilés de la face, ainsi Maurice Bremond, jeune chirurgien ORL au Centre de Vichy entre 1918 et 1920 a été frappé durant toute la vie après sa démobilisation, par l'image de ces blessés qu'il a côtoyés (témoignage de son fils Georges Bremond).

Les pionniers de cette chirurgie naissante ont pour noms Dufourmontel, Pont, Morestin, Imbert, Delagénier, Blot, Virenque, auxquels sont attachés les Centres spécialisés de Vichy, Amiens, le Val-de-Grâce, Châlons ou Le Mans pour ne citer que les principaux. Ces novateurs ont suscité la vocation des futures générations dont celle de Ginestet qui, jeune étudiant en médecine, occupait les fonctions d'infirmier dans un poste de secours (Brue). Kazanjian, chirurgien dentiste avant la Guerre, a entamé des études de médecine après sa démobilisation et son retour aux USA pour devenir le célèbre chirurgien plasticien reconnu par tous (J. Bouche).

En France, l'Ecole de chirurgie maxillo-faciale militaire a largement contribué au développement de ces réparations de la face avec Ginestet, Berchet qui ont formé les

chirurgiens de la deuxième moitié du XXème siècle avec Pons, Frezières ou Dupuy ; parallèlement les Facultés de Médecine et les Hôpitaux civils se dotent de Services de Stomatologie et de Chirurgie maxillo-faciale.

Les techniques évoluent avec l'apparition de l'ostéosynthèse au fil d'acier jusqu'à la miniplaqué vissée pour les fractures maxillo-mandibulaires en passant par les lambeaux microanastomosés.

Les blessés de face, que l'on ne doit pas occulter, suivent des destinées différentes après la Première Guerre Mondiale. Beaucoup se rassemblent sous la bannière de "l'Union des Blessés de la Face" qui deviendra "l'Association des Gueules Cassées", voulue par le Colonel Picot, aidé par Albert Jugon et Bienaimé Jourdain. La réinsertion sociale de ces hommes, jeunes pour la plupart, va passer par de nombreuses difficultés affectives, familiales ou professionnelles. Beaucoup d'entre eux resteront solidaires, et se grouperont dans la Maison de Moussy-Le-Vieux ou plus tard dans celle du Mont Coudon. Ces établissements ont été financés au début grâce à la générosité des français ou des étrangers traumatisés par la Guerre et sont ensuite entretenus par des initiatives nationales comme le 1/10ème de la Loterie Nationale consacré aux "Gueules cassées". Il a fallu l'opiniâtreté du Colonel Picot pour que ces blessés reçoivent le statut de mutilés au même titre que les autres grands blessés.

Les blessures de la face sont rarement mortelles en dehors d'un polytraumatisme, en particulier crânien. Les complications gangreneuses n'existent pratiquement pas en raison de la riche vascularisation de la face. Cette dernière permet, dans des conditions idéales, un bon résultat cicatriciel anatomique et fonctionnel vers lequel les chirurgiens de la Grande Guerre se sont approchés.

Les conditions du traitement ont été cependant entravées par le retard de la mise en œuvre mais largement compensées par l'attitude exemplaire des médecins et infirmières qui ont affronté les vicissitudes physiques et morales des blessés dans un esprit de solidarité mutuel et d'abnégation qui doit rester un exemple pour les générations actuelles.

BIBLIOGRAPHIE

- DELAPORTE Sophie - *Gueules Cassées - Les Blessés de la Face de la Grande Guerre 14-18*, Edition Noesis, 2001, 231 p (Bibliographie complète).
- MUENIER P.A. - *L'angoisse de Verdun*, Presses universitaires de Nancy, 1991, 181 p.
- MIQUEL Pierre - *Les Poilus*, Terre Humaine - Plan, 2000, 508 p.
- MIQUEL Pierre - *Mourir à Verdun*, Taillandier, 2000, 311 p.
- LEFEBVRE J.H. - *Verdun, la plus grande bataille racontée par les survivants*, G. Durassuet Cie, 1963, 507 p.
- YONKE M. - *Le Saillant Saint-Mihiel et la Région - Quatre ans de Guerre 1914-1918*, Editions Sphères, 1997 p 169 à 223.
- BEUMELBURG W. - *La Guerre de 14-18, racontée par un Allemand*, Bartillat, 1999, p. 193 à 212.
- GENEVOIX M. - *Ceux de 14*, Omnibus, 1998, p 1 à 89.
- BOUCHE J. - *Souvenirs et réflexions*, Differdange, SA, 1997.
- GALTIER BOISSIERE - *Larousse Médical de Guerre illustré 1917*, Librairie Larousse - 336 p.
- GOURSOLAS F. - *Histoire d'un groupe de brancardiers divisionnaires en 1914-1918*, Histoire des Sciences Médicales T XXXV, 3, 2001, p 271 à 279.

- NOAILLES Ch. - *Des plaies par armes à feu - Fusils de chasse et armes à feu courtes* - Thèse Méd. Paris, 1911, 136 p.
- VERDAN C. - *Histoire de la Chirurgie Plastique Reconstructrice*, Histoire de la Médecine (Albin Michel, Laffont, Tchou), 1990, Tome 8, p 127 à 143.
- HUARD P. et IMBAUL-HUART M.J. - *Histoire de la Médecine Militaire*, Histoire de la Médecine (Albin Michel, Laffont, Tchou), 1990, Tome 8, p 177 à 213.
- BRUE E. - *La vie et l'œuvre du Médecin Général Gustave Ginestet*, Thèse Médicale, Lyon, 1991, 218 p.
- ULLMANN JM, LEAMAIRES JF - *1914-1918, Les Médecins dans l'enfer*, Impact Médecin, 427 N°1998 p 114 à 125.
- BRUE E, SALF E - *Le Médecin Général Gustave Ginestet. Vie et œuvre d'un pionnier de la chirurgie maxillo-faciale esthétique et réparatrice*, Histoire des Sciences Médicales T. XXIX N°4, 1995, p 307 à 315.
- LEMAIRE JF, ULLMANN JM - *La Médecine sous l'Empire de Napoléon*, Impact Médecin N°404 - Av 1998, p 6 à 13.
- d'ARAM - *1914-1918 - L'épreuve des corps*, Tout prévoir N°296, 1998, p 42 à 45.

Tous mes remerciements vont aux :

- Docteur J-J. FERRANDIS, Conservateur du Musée du VAL-DE-GRACE,
- Professeur J-L. BLANC, Chef de Service de Stomatologie et de Chirurgie maxillo-faciale (MARSEILLE)
- Professeur J. LACHARD, Ancien Chef de Service de Stomatologie et de Chirurgie maxillo-faciale (MARSEILLE)
- Docteur C. GAUDIOT, Ancien Chef de Service de Chirurgie, de Traumatologie et d'Orthopédie du Centre Hospitalier de VERDUN
- Lieutenant Colonel B. NAVEREAU
- Professeur G. BREMOND, Ancien Chef du Service d'ORL (MARSEILLE)
- Colonel BERNEDE, D.M.D. de la Meuse, Commandant d'Armes de la Place de VERDUN

RÉSUMÉ

Le rôle du Service de Santé français a été déterminant dans le traitement des Blessés de la Face pendant la Grande Guerre.

Il a bénéficié du jeune âge des combattants, du pouvoir de cicatrisation de la face, d'équipes médicales et chirurgicales motivées, solidaires et innovantes.

Les différentes techniques chirurgicales ou prothétiques dans le domaine de la réparation des blessures de la face ont favorisé l'éclosion de la chirurgie maxillo-faciale moderne.

SUMMARY

The role of the French Health service was determining in the treatment of the Wounded persons of the Face during the Great War.

It(he) benefited from the young age of the fighters, the power of healing of the face, the motivated, united and innovative medical and surgical teams.

The various surgical techniques or prothetiques in the field of the repair of the wounds of the face favored the hatching of the modern maxillo-facial surgery.

Grande Guerre et Psychiatrie

Genèse de la conception complète

de l'état de stress aigu *

par Ivan FRAS **

Quand la guerre éclata en 1914 elle fut accueillie avec enthousiasme par les combattants, mais au front cet enthousiasme céda rapidement à une réalité à laquelle personne n'était préparé, pas même les Services de Santé.

Les chirurgiens furent surpris par le nombre et l'horreur des blessures et accablés par la découverte de leurs limites matérielles et personnelles.

En plus de toutes sortes de problèmes, les neuropsychiatres se trouvèrent face à une crise d'ordre professionnel. Ils ne possédaient pas les connaissances théoriques cliniques et diagnostiques susceptibles de traiter les milliers de cas de névroses de guerre qui menaçaient d'incapacité par leur nombre un pourcentage croissant d'effectifs.

Il fallait donc agir vite en créant les fondements scientifiques par des mesures effectives susceptibles de guérir ces blessés émotionnels.

Ces exigences furent les mêmes pour les Allemands et les Alliés.

L'approche intellectuelle et philosophique concernant la résolution de ce problème a été différente et a séparé les deux parties combattantes.

Je voudrais montrer la différence entre la méthode employée par les Alliés de constitution démocratique plus ou moins parfaite et celle de Pouvoirs Centraux de tradition impériale et je voudrais attirer votre attention sur le fait que la méthode appliquée par les Alliés et surtout par la France fut en somme plus efficace et nous a légué des découvertes dont nous nous servons encore.

La psychiatrie allemande

Dès la formation du nouvel Empire allemand en 1871, les médecins allemands adhérèrent à la politique nationaliste et expansionniste du gouvernement impérial.

Les raisons en sont évidentes : les médecins accédaient à un rang social et politique plus élevé en étant assujettis à l'Etat au sein des Universités impériales et naturellement

* Comité de lecture du 19-20 mai 2001 de la Société française d'Histoire de la Médecine.

** 33 Avon Road, Binghamton, New-York 13905, USA.

au sein de l'armée. Dans cette dernière, ils accédaient au niveau respecté d'officiers supérieurs. Il s'en suit donc que les neuro-psychiatres se considéraient alors comme les exécuteurs des exigences de l'armée au détriment de celles de leurs malades ce qui aurait du être leur démarche traditionnelle.

Les symptômes constatés chez les soldats allemands évacués pour des raisons psychiatriques sont identiques à ceux des alliés et la plupart des méthodes thérapeutiques adoptaient les mêmes principes.

La différence siégeait dans l'esprit médical fait de sensibilité et de considération pour le soldat en tant qu'être humain.

A mesure que l'armée allemande devait faire face à un nombre croissant de pertes de toutes sortes et d'évacués émotionnels en particulier, les psychiatres allemands s'empressèrent d'en renvoyer un fort pourcentage au front.

Deux méthodes furent dès lors utilisées :

- atténuer le diagnostic,
- majorer le traitement.

La théorie des altérations organiques, cause des "névroses traumatiques", théorie d'Oppenheim, fut repoussée en faveur d'un dogme attribuant au soldat une mauvaise volonté le menant à ne pas souhaiter la guérison et à espérer l'invalidité bien qu'on ne puisse pas toujours l'accuser de simulation.

Le traitement doit donc lui barrer cette voie.

La suggestion, la physiothérapie, les exercices de marche, l'hydrothérapie, l'isolation sensorielle et surtout l'électro-thérapie sont accusés dans leur application et atteignent parfois une brutalité pouvant conduire certains soldats au suicide. Il y eut même des cas de décès suite à la faradisation et certains allèrent jusqu'à émettre l'idée d'envoyer ces soldats sous les tirs de barrage.

Les résultats furent peu encourageants.

Ceux qui furent déclarés guéris par ces méthodes oublièrent vite les horreurs des traitements dès qu'ils furent exposés à celles des tranchées et récidivèrent aussitôt. Les centres psychiatriques refusèrent tout retour vers l'intérieur et renvoyèrent un certain nombre de malades au front par mesure disciplinaire.

A ce sujet Freud a dit "les psychiatres deviennent des mitrailleurs postés derrière le front".

Le soldat allemand trouvait parfois un soutien auprès du médecin de première ligne, beaucoup plus compréhensif et humain et qui l'évacuait avec un diagnostic de complaisance.

Je vais vous donner des exemples de réactions de stress aigu avec manifestations somatiques tirés de témoignages de la littérature allemande sur Verdun.

- Cas n° 1 - *On se prépare à l'attaque... et voici le fusilier F... qui entre dans le poste de secours portant une boîte de conserve.*

- Que fait-il se demandent ses copains en souriant un peu...

Ils comprennent enfin... Il a la diarrhée sanglante avant chaque attaque.

- Cas n° 2 - *On n'aurait pas dû nous dire qu'on va monter à l'attaque huit jours à l'avance - ce n'est pas malin -*

Le petit soldat, volontaire de 17 ans, rêve que sa mère l'invite à le suivre vers le fort.

- Il a peur, il revoit les scènes au cours desquelles ses camarades sont tués mais il veut être auprès de sa mère qui se transforme en cadavre.

Huit jour plus tard, pendant la bataille, il deviendra confus, sortira de l'abri sous le feu des obus et des mitrailleuses.

- Cas n° 3 - Le fantassin C... est devenu un homme différent dès qu'il a entendu le nom de Souville. Recroquevillé dans un coin de l'abri, il grelotte, il gémit. Il répète sans cesse "faites ce que vous voulez, je n'irai pas !". Ses camarades tentent de l'encourager par de bienveillantes petites plaisanteries. Ils lui offrent du café. Il refuse tout et frissonne toujours, pâle, le regard fixe.

Le lendemain, il disparaît. On le retrouve à 50 mètres de l'abri. Il avait déclenché son fusil avec une ficelle et s'était fait sauter le cerveau.

- Cas n° 4 - Nous sommes en ligne au Mort-Homme. Nous occupons une tranchée dont la moitié est remplie d'une cinquantaine de cadavres défigurés.

Depuis quelques jours, l'aspirant Segmuller est déprimé, sa verve si touchante a disparu. Il s'efforce de noyer son anxiété dans des flots d'eau-de-vie dont le haut commandement nous a à présent octroyé un quart de litre par jour.

Segmuller boit ce schnaps avidement. Quand l'effet de l'alcool passe, le pauvre diable se retire dans le coin le plus obscur du stollen, et il a peur. Il veut alors augmenter l'effet de l'alcool en lui ajoutant du poivre et en le renforçant avec la poudre d'une grenade.

Depuis deux jours, il n'y a plus d'eau-de-vie et Segmuller est effondré.

A minuit, Segmuller prend le commandement du secteur. Il court d'une tranchée à l'autre. Un orage se prépare et l'on s'attend d'autre part à une attaque des français qui sont à dix mètres de nous.

A cet instant, l'aspirant Segmuller est pris de folie. Il tremble de tout son corps et surtout de ses mains qui sont perpétuellement en mouvement. Ses yeux sont grand'ouverts il a l'écume aux lèvres et sur sa barbe. Il nous secoue.

- "Alors vous les avez vus ?".

- "Nous n'avons rien vu !".

- "C'est connu que les âmes des soldats tués continuent à se battre dans les cieux. J'ai justement vu les soldats qui viennent de mourir ici. Ils se battaient avec des grenades, des fusils, des pelles, au-dessus du Mort-Homme. Moi aussi j'y étais. Je sais maintenant que ma fin s'approche. Je vais mourir, camarades. J'ai vu beaucoup de vous parmi les combattants, toi aussi, Liesenfeld, et Kienz, voici le signe de la mort sur vos front...".

- "Alerte, les voilà, les français sont sur nous".

Nous regardons vers les lignes françaises : "rien".

Segmuller tire son revolver à fusées et avant que nous puissions le retenir, il fait monter la fusée rouge-verte. "On est sous attaque - nous demandons le tir de barrage".

Un enfer d'artillerie se déclenche.

Deux jours plus tard, l'aspirant Segmuller meurt de spasmes au cerveau.

Ces exemples de réactions aiguës de stress traduisent le conflit psychodynamique entre angoisse et devoir, aboutissant à la fuite par troubles psycho-somatiques pouvant aller jusqu'au suicide. Nous abordons également le diagnostic différentiel par une forme de delirium tremens faisant suite à un traitement personnel intempestif et violent de l'angoisse.

Nous assistons au conflit entre l'envie de se sauver et l'exigence du devoir (Freud) ou le conflit de la peur préservatrice contre la force primordiale de la lutte : (Ernst Jünger).

Tout est là.

La psychiatrie française

La psychiatrie française se trouvait face aux mêmes problèmes que ses adversaires : on n'était pas préparé à recevoir un tel nombre de soldats rendus incapables par des déficiences mentales.

Comme la neurologie dominait la plus grande partie des concepts mentaux, les psychiatres militaires suivaient cette orientation neurologique et s'orientaient vers des traitements organiques, même pour des syndromes à l'évidence d'origine psychique.

C'est ainsi que l'on se servait de l'électrothérapie, de l'hydrothérapie, de la mécanothérapie et des exercices physiques en plus de la suggestion.

Ce qui caractérise la psychiatrie française de la Grande Guerre, c'est qu'elle évolue, elle avance.

Bien qu'animés d'un grand patriotisme, les psychiatres ne seront pas l'objet de pressions de la part de l'Etat à l'instar de leurs adversaires et accompliront leur devoir de médecins en abordant le soldat en être humain et en individu.

Plusieurs raisons expliquent cette situation :

Le niveau élevé de la médecine française, surtout de la neurologie, y compris la neuro-psychiatrie. Plusieurs noms nous viennent à l'esprit : Babinski, Déjerine, Pierre-Marie, pour en citer quelques-uns qui furent conseillers au sein de l'armée.

D'autre part, par rapport aux médecins allemands, les médecins français n'étaient pas fonctionnaires d'état, leur niveau social et économique leur assurait une indépendance et leur forme de pensée était indépendante et progressiste.

Enfin, la République est un système de démocratie qui soutient, en principe, la dignité de l'individu et son droit à une considération humaine et une pression sur les médecins se serait traduite par une défiance envers des diagnostics et des traitements imposés.

Les psychiatres observent, réfléchissent, modifient leurs points de vue au contact des réalités cliniques.

A la fin de la Grande Guerre, la psychiatrie française aura réglé la question de la névrose traumatique.

Le premier stade aura été atteint en abordant le concept de "l'état confusionnel" par Capgras et Voivenel en 1917.

A cet égard, le témoignage du lieutenant Ménager cité dans l'ouvrage du Dr Sarazin au sujet du drame du fort de Moulainville est très significatif.

Le drame s'est passé le 3 avril 1916 au fort de Moulainville.

Ce jour-là débute sur le fort un bombardement par obus de 420. Au cours de ce bombardement les crises de nerf se succèdent parmi les soldats. *“Le commandant revient vers le médecin qui est agenouillé devant un blessé étendu à terre ; il le tâte. Le commandant l’interroge, il lève la tête et le commandant remarque qu’il n’a plus le même regard, il est comme ivre. Le commandant lui dit : “qu’avez-vous ?”. Il ne répond rien, son regard est fixe, il se lève et, comme un automate, se dirige vers la porte de sortie : il sort sous les obus, d’un pas tranquille mais saccadé, traverse le plateau qui est devant le fort et disparaît dans le bois voisin…”*

Dans la soirée, le bombardement par 420 cessa et le commandant alla vers le bois pour retrouver, si possible, le médecin. Il le trouva assis sur un tronc d’arbre abattu, l’air indifférent à tout ce qui l’entourait.

Le commandant s’approcha et lui dit : “Eh bien ! docteur, comment allez-vous à présent ?

- Je suis le docteur “un tel”, répond-il en se levant et saluant.*
- Je sais bien que vous êtes le docteur “un tel”, répond le commandant, mais je vous demande comment vous allez maintenant ?*
- Mais, mon commandant, je... je vais bien.*
- Alors, si vous allez bien, dit le commandant, rentrez avec moi au fort.*
- Au fort, à quel fort ?*
- Au fort de Moulainville, là à côté, où vous êtes depuis un mois.*
- Au fort de Moulainville, je ne comprends pas, mon commandant.*
- Enfin, vous connaissez bien le fort de Moulainville ?*
- Non, non, mon commandant, répond le docteur, je ne sais pas ce que vous voulez dire...*
- Enfin, dit le commandant, vous me reconnaissiez bien, voilà un mois que nous vivons ensemble.*

Non, mon commandant, vous devez vous tromper, je ne vous ai jamais vu”.

Le commandant jugea inutile d’insister, laissa le docteur sur son tronc d’arbre et rentra ; mais à distance le docteur suivait le commandant et lorsqu’il arriva à l’entrée du fort et qu’il vit tous les morts alignés, sa figure exprima des sentiments d’effroi. Mais deux hommes l’entraînèrent aussitôt vers la chambre des officiers. Peu après il fut évacué avec des blessés.

Ce récit exceptionnel nous permet de discerner la naissance de l’état de stress aigu : dissociation mentale, déréalisation, dépersonnalisation, désorientation, amnésie, suppression de l’émotivité et complétant cet ensemble de symptômes : l’effroi.

Nous ne connaissons pas la suite de ce cas survenu en avril 1916 mais, ce qui est important c’est que dès 1917, les psychiatres français reconnaissaient ces cas en tant que dissociation mentale.

Compte tenu de ces données, tout au long des années 1917 et 1918, Lépine et Léri élaborèrent patiemment un diagnostic différentiel précis entre commotion et contusion cérébrale d’une part et perturbation émotionnelle.

A la suite de ces constatations, Léri et Voivenel préconisèrent le traitement sur place par le médecin de première ligne.

Enfin c'est Paul Voivenel qui énoncera la première description complète de ce que la D.S.M. IV appelle : état de stress aigu.

Pour prouver cette affirmation je fais la comparaison entre la nosologie de la D.S.M. IV et celle de Paul Voivenel :

D.S.M. IV	VOIVENEL
Trauma sérieux (évident : horreur)	Trauma sérieux (évident : le rôle de la peur).
Réponse de peur, impuissance, horreur, insensibilité, détachement.	Le rôle absolu de la peur hémorragie de la sensibilité.
Phénomènes de dissociation	Fugues, asthénie, confusion.
Ré-expérience persistante du trauma	Cauchemars répétitifs
Evitement des souvenirs du trauma	Tendance au repli, état de passivité.
Anxiété ou hypersensibilité.	Irritabilité, agressivité envers autrui.
Incapacité de fonctionnement	Identique

Si l'on aborde l'étiopathogénie, Voivenel a précédé les résultats des recherches modernes.

Voivenel : l'hémorragie de la sensibilité aboutit à un état d'épuisement, véritable neurasthénie acquise... Dérèglement des glandes endocrines, surrénales, hypophyse expliquant l'asthénie si caractéristique...

Données actuelles : Dérèglement de l'axe H.P.S. (Hypothalamus - hypophyse-surrénales) avec diminution de cortisol. Niveaux anormaux des catécholamines.

L'attribution du nom de Voivenel à l'état de stress aigu en le dénommant "Syndrome de Voivenel" permettrait de différencier plus aisément ce syndrome du syndrome post-traumatique et apporterait une simplification nosologique évitant la confusion entre les deux syndromes.

La psychiatrie américaine

Les Etats-Unis n'avaient pas d'armée nationale en 1917. A leur entrée en guerre il leur a fallu tout créer y compris les services psychiatriques.

Ces derniers eurent la chance d'être d'emblée dirigés par un inspecteur des services neuro-psychiatriques : Percival Bailey, d'une intelligence vive et novatrice.

L'adjoint de Bailey, le docteur Thomas Salmon en visite en Angleterre se rendit compte rapidement que le système britannique consistant à procéder à l'évacuation à l'intérieur même du Royaume-Uni ne servait qu'à fixer les névroses et que la méthode française de traiter les "blessés nerveux" immédiatement, près du front, dans le but précis de retourner rapidement au front donnait des résultats tels que cette thérapeutique sera introduite dans l'armée américaine.

Les Américains développèrent les principes français en amplifiant l'approche thérapeutique par de la thérapie de groupe, par le soutien psychologique personnel du neuro-psychiatre du secteur en conservant la structure militaire et en y adjoignant un milieu thérapeutique.

Ils utilisaient la persuasion directe et indirecte, y compris l'évocation de sentiments de culpabilité personnelle en cas de manquement au retour au front.

Les thérapeutiques physiques étaient peu utilisées.

Bien qu'on accordât au soldat le respect de sa dignité individuelle, le système exerçait une forte pression pour le retour au front.

Les statistiques montrèrent un pourcentage significatif (65 %) de retours au front après un traitement de sept jours en moyenne dans les centres spécialisés. le taux de rechutes fut de 4 %.

Conclusion

Le diagnostic précis et la compréhension des mécanismes des états anxieux par suite de traumatismes, ainsi que la notion de traitement immédiat sans quitter le réseau social (l'unité militaire, le régiment ou la division) : tel est le legs de la psychiatrie française de la Grande Guerre.

La psychiatrie américaine y a ajouté des créations conceptuelles et administratives consistant en psychothérapie brève, psychothérapie de groupe et milieu thérapeutique.

Le tout constitue les fondements de la psychiatrie sociale ou psychiatrie de communauté établie aux Etats-Unis depuis les années 1960 jusqu'à présent.

REMERCIEMENTS

L'auteur remercie le docteur Jacques Sarazin de ses informations importantes et également les docteurs Jacques Sarazin et Nicole Sarazin de leur rédaction du texte français.

BIBLIOGRAPHIE

- RIEDESSER P., VERDERBER A. - "Aufrüstung der Seelen" (Armement des âmes). Dreisam-Verlag Freiburg i. Br. 1985.
- RIEDESSER P., VERDERBER A. - "Maschinengewehre hinter der Front" (Mitrailleuses derrière le front). Zur Geschichte der deutschen Militärpsychiatrie. Fischer Taschenbuch Verlag, Frankfurt am Main, 1996.
- FRAS I. - "La psychiatrie militaire française pendant la première guerre mondiale - Le modèle de la psychiatrie militaire moderne et de la psychiatrie de communauté aux Etats-Unis. *Association Nationale du Souvenir de la Bataille de Verdun. Bulletin de Liaison*, n° 15, 1988.
- BEUMELBURG W. - "Gruppe Bosemuller". *Der Roman des Fronstsoldaten*. Gerhard Stalling Verlagsbuchhandlung Oldenburg i. O., Berlin, 1930.
- ETTIGHOFFER P.C. - "Gespenster am Toten Mann" (fantômes au Mort-Homme). C. Bertelsmann, Gutersloh, 1937.
- MAURAN L. - "Troubles nerveux et pithiatisme chez les soldats français pendant la Grande Guerre". *Histoire des Sciences Médicales*, tome XXIX n° 1, 1995.
- MAURAN L. - "André Leri et l'évolution du concept de commotion et d'émotion pendant la Grande Guerre". *Ibid.*, tome XXX, n° 3, 1996.
- MAURAN L. - "De quelques conséquences de vésanies métapolémiques de la Grande Guerre". *Ibid.*, tome XXXIII, n° 4, 1999.
- LESTRADE C., GAYRAL L.-F. - "Les psychonévroses de guerre pendant le conflit 1914-1918. L'apport du Docteur Paul Voivenel : le concept de "peur morbide acquise". *Histoire des Sciences médicales*, tome XXXIV, 2000, pp. 343-348.
- SARAZIN J. - "Les médecins à la bataille de Verdun". *Société française d'Histoire de la Médecine*. Colloque du 19 mai 2001.
- FREUD S. - "Gutachten über elektrische Behandlung der Kriegsneurotiker" (opinion d'expertise sur l'électrothérapie).

- JUNGER E. - "Der Kampf als inneres Erlebnis". E. SMittler & Sohn. Berlin 1840 (La lutte comme expérience de soi-même).
- HAUSMAN W., RIOCH D. McK. - "Military Psychiatry-a prototype of Social and Preventive Psychiatry in the United States". (la psychiatrie militaire, prototype de la psychiatrie sociale et préventive aux Etats-Unis). *Arch. Gén. psychiat.* 16, 727, June 1967.
- SALMON T.W., FENTON N. - "Neuropsychiatry in the American Expeditionary Forces". *The Medical Department of the United States Army in the World War. Vol X.* Washington : U.S. Government Printing Office, 1929.

RESUME

Conséquences psychiatriques de la Grande Guerre

Le taux élevé de troubles psychiatriques durant la Première Guerre mondiale, des deux côtés du conflit a été apprécié de différentes façons : les Pouvoirs Centraux (Allemagne, Autriche) prirent une attitude autoritaire dans laquelle prédominèrent les méthodes thérapeutiques physiques d'invigoration contraignante (marche forcée, hydrothérapie, surtout électrothérapie).

De leur côté, les Alliés adoptèrent une attitude thérapeutique derrière laquelle transparaissait une tradition plus démocratique. La psychiatrie française fit preuve, en particulier, d'une remarquable volonté et aptitude à répondre aux réalités cliniques. Le problème conceptuel de ce que la DSM IV classifie de nos jours comme un état de stress mental aigu fut résolu avec un tel succès que ce désordre psychologique répond parfaitement au cadre nosographique du "syndrome de Voivenel". La psychiatrie militaire américaine adopta les méthodes de la psychiatrie française : diagnostic précis, compréhension du mécanisme psychopathologique des états anxieux secondaires au traumatisme psychique, traitement administré, tout près du front des combats (dans l'unité militaire, le régiment ou la division). Elle les amplifia même en instituant d'efficaces thérapeutiques à visée psychologique : psychothérapies brèves, psychothérapies de groupe, "thérapies du milieu". La psychiatrie franco-américaine créa ainsi les fondements d'une "psychiatrie sociale" ou "psychiatrie communautaire", apparue aux Etats-Unis dans les années 1960 et résolument tournée vers la modernité.

SUMMARY

Psychiatry and the Great War

During World War I, the high rate of psychiatric casualties was differently tackled according to the nations : the Central Powers carried an authoritarian approach with prevailing physical treatment methods whereas the Allies' attitude reflected their democratic background. Particularly French psychiatry demonstrated a real willingness and ability to respond to the clinical realities. The conceptual problem of what DSM IV now classified as acute stress disorder was resolved so successfully that this disorder deserves the eponym "Voivenel's Syndrome". American Military Psychiatry followed the French methods of precise diagnosis and expeditious treatment close to the front and amplified them by creating effective treatment methods : brief psychotherapy methods and group psychotherapy within a therapeutic environment. Franco-American psychiatry thereby created the foundation for modern community psychiatry.

**Eloges
du
Professeur Jean-Charles Sournia
24 novembre 1927 - 8 juin 2000**

par

André CORNET, Louis DULIEU et Alain SÉGAL

L.-P. FISCHER, J. ROUGIER, B. SCHOTT,

avec H. BABIK et B. FISCHER,

Gérard TROUPEAU

Georges ROBERT

Maurice CARA

Jean-Pierre TRICOT

Alain LELLOUCH

John CULE

Le professeur Jean-Charles Sournia et la Société française d'Histoire de la Médecine*

par André CORNET **, Louis DULIEU*** et Alain SÉGAL****

Evoquer dans cette séance particulière, en présence du Conseil d'administration de la Société internationale d'Histoire de la Médecine, la personnalité et les travaux historiques du professeur Jean-Charles Sournia demeure pour la Société française d'Histoire de la Médecine un juste devoir et le témoignage de reconnaissance envers celui qui fut autrefois apporter bien des éléments constructifs à la vie de notre Société à laquelle il donna aussi de nombreuses publications originales. Nous n'évoquerons ici que les seuls travaux historiques dans le cadre de la Société française d'Histoire de la Médecine.

Le professeur Jean-Charles Sournia s'est éteint à Paris le 8 juin 2000, et tous ceux qui l'ont connu éprouvent avec tristesse la perte de ce brillant orateur à la vaste culture.

Né le 24 novembre 1917 à Bourges, il y fit d'excellentes études qui le menèrent après le Prytanée militaire de La Flèche à la carrière médicale. Engagé dans cette voie à l'Ecole du Service de Santé des Armées à Lyon, il témoignait à son père, officier d'artillerie, la preuve de son attachement personnel au monde militaire. Externe des hôpitaux de Lyon, il fut dès le début de la Campagne de 1940 versé dans une unité spécialisée et fait prisonnier au cours de la Campagne de France. Après dix-huit mois de captivité, il rentrait à Lyon, mais bientôt, le Service de Santé des Armées fut contraint de réduire ses effectifs et offrit à certains de ses membres de retourner à la vie civile. Ce fut le cas de J-Ch. Sournia. Il se présenta en 1943 au concours de l'Internat de Lyon, fut reçu dans un bon rang et devint par la suite chef de clinique chirurgicale à la Faculté en 1948.

Ayant bénéficié de l'enseignement de ses maîtres Rhenter, Rochet, Soustelle, Creyssel et Peycelon, il s'attacha surtout à Paul Santy et sur ses conseils s'orienta vers la chirurgie du thorax. Il travailla comme préparateur d'anatomie auprès d'André

* Comité de lecture du 30 juin 2001 de la Société française d'Histoire de la Médecine.

** Résidence du Petit Parc, 15 avenue du Petit Parc, 94300 Vincennes.

*** 22 rue François-Villeneuve, 34000 Montpellier.

****38 bis rue de Courlancy, 51100 Reims

Latarjet et fera un séjour de quelques mois en Suède dans le service de P. Crawford. Il rencontra, alors, celle qui devint son épouse, Marianne Hilborn, alors attachée à l'Ambassade de France à Stockholm.

Par la suite, il avait accepté de remplacer à Ismaïlia le chirurgien en chef du personnel du canal de Suez Paul Plessier. Après ce premier séjour au Moyen-Orient, il acceptait en 1954 un poste de chirurgien à Damas et effectuait une mission d'expert en santé publique auprès du gouvernement syrien.

Un concours s'ouvre à Paris en 1955 pour une place d'agrégé en pathologie chirurgicale, auquel il est reçu et devient en 1956 professeur à la faculté de médecine de Beyrouth, très marquée à cette époque par l'influence française. Tenté par l'histoire de la médecine, il rédigea cependant les premières pages d'un bel ouvrage paru en 1966 aux éditions Fayard sur "*L'Orient des premiers chrétiens*", en collaboration avec son épouse.

De retour en France en 1959, il est affecté au service chirurgical du centre hospitalier de Rennes où il enseignera dix années consécutives et sera chargé de la chirurgie pédiatrique. Il y fit la connaissance du professeur Pierre Huard, ancien doyen de l'université d'Hanoï, militaire de carrière, alors professeur d'anatomie et orienté depuis longtemps sur l'histoire de la médecine. Pendant les dix années passées à Rennes, Jean-Charles Sournia s'intéressera particulièrement à l'histoire des hôpitaux de cette ville et présidera de nombreuses thèses sur le sujet. Il s'attache aussi à l'histoire de divers hôpitaux bretons qui firent l'objet d'une publication collective sous la direction de S. Meyer (Editions Privat, 1972, 490 pages).

Parrainé par le professeur Huard, il fut élu à notre Société en 1965 et présenta le vendredi 23 septembre 1966 une intéressante communication sur le *Calvinisme de Pierre Franco et sa vie errante*. Il confirmait l'appartenance à la Réforme de ce chirurgien anatomiste contemporain d'Ambroise Paré. Les responsabilités importantes prises par Jean-Charles Sournia dans la marche de la Société française d'Histoire de la Médecine le conduisirent au poste de secrétaire général où l'appelait le président en exercice, le professeur Cheymol auquel il restera très fidèlement attaché. Succédant au docteur Vetter, il restera en place cinq ans et en 1976 en deviendra le vice-président. Il fut un artisan efficace de la reconnaissance d'utilité publique de la Société française d'Histoire de la Médecine, déjà préparée par le docteur André Pecker, et bien appuyée par les statuts refondus par lui-même en 1973.

Dès lors, il présenta à la tribune de notre Société de très intéressantes et novatrices communications publiées dans son organe officiel, la revue *Histoire des sciences médicales* dont il fut un rédacteur en chef vigilant. Il étudiait alors les problèmes de micro et macroéconomie médicale en matière de défense sanitaire, celle-ci résultant de l'extension des assurances sociales à toute la population. Après cet essai sur l'économie de la santé, Jean-Charles Sournia abordait avec un important travail sur Littré un autre domaine, celui de la lexicographie médicale au XIX^e siècle. Il passait ainsi en revue les plus intéressants des dictionnaires de médecine parus en France sous la direction de Nysten en 1812, puis d'Adelon en 1818, dont la deuxième édition, la plus remarquable, paraissait entre 1832 et 1846. A celle-ci, Littré consacrait vingt-et-un articles. Cet énorme travail totalisait 627 pages de textes imprimés in-8°. L'auteur se montrait, à cette époque, tout au moins, un fidèle admirateur d'Auguste Comte. A ces différentes publi-

cations s'ajoutaient les dictionnaires édités par la maison Bailliére à partir de 1854 sous la direction de Littré et Robin. De cette époque devait malheureusement dater la rupture entre Auguste Comte et Littré, le premier ayant, selon le second, succombé à une religiosité et à un subjectivisme qui ne convenaient guère à celui-ci. A partir de 1864, une équipe médicale dirigée par Jaccoud fit paraître en quarante tomes un nouveau dictionnaire qui se voulait résolument pratique et donnait le ton en prenant position contre Littré et ses amis. A la même date, le *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales* fut entrepris sous la direction de Dechambre pour les éditeurs Asselin et Masson. Terminé en 1886, le Dictionnaire de Dechambre en cent volumes est encore pour nous le monument le plus complet de la médecine du XIXème siècle.

C'est dans son essai *Histoire et Médecine* sorti des presses de Fayard en 1982 que J. Ch. Sournia rassemble ses écrits sur la méthodologie concernant l'étude de l'histoire de la médecine. Nous y apprécions la manière dont il prétend contribuer à une féconde connaissance de l'homme. Avec son *Histoire de la Médecine*, il nous a laissé un travail documenté et concis, particulièrement utile pour aborder l'approche historique médicale. Edité en 1982, cet ouvrage remarquable nous a donné l'exemple de la pensée de Jean-Charles Sournia formulée quatre ans plus tôt dans son discours de nouveau président de la Société française d'Histoire de la Médecine. Notre ami affirmait que "l'histoire de la médecine ne peut pas être le monopole des médecins, mais qu'elle ne peut non plus se faire sans eux". Il en est ainsi notamment dans l'interprétation des épidémies qui ont lourdement pesé sur la vie et l'évolution des sociétés humaines. Il en donne encore la démonstration dans un ouvrage écrit avec le professeur Jacques Ruffié sur *Les épidémies dans l'histoire de l'homme* (Paris, Editions Flammarion, 1984).

Compte tenu de son expérience en matière de lexicographie et de sémantique, il fut chargé de la direction du *Dictionnaire de médecine* édité par l'Académie nationale de médecine. L'édition en cours en est déjà bien engagée. Celle-ci s'imposait du fait des néologismes et des expressions principalement empruntées à la langue anglaise par le français médical moderne.

Jean-Charles Sournia a remarquablement abordé un autre genre de publication, celui de la biographie. Il traita de la carrière de Léopold Ollier, prestigieux maître lyonnais de la chirurgie osseuse, bien exposée dans la thèse de P. Bernard. Le meilleur volume du genre fut son livre consacré à *Blaise de Monluc, soldat et écrivain*, ouvrage couronné par l'Académie française (Paris, Fayard, 1981). Ce travail lui inspira par la suite un article sur "le dossier médical du maréchal Blaise de Monluc", homme de guerre d'un incroyable courage. A l'âge de soixante-dix ans, celui-ci subit une cinquième et dernière blessure d'un coup d'arquebuse, qui le défigura, au siège de Rasbatens de Bigorre. Historien scrupuleux, Jean-Charles Sournia ne manque pas de nous rappeler que dans la descendance de Monluc, on comptait le brillant prince Maurice de Talleyrand-Périgord.

La carrière de Jean-Charles Sournia fut extrêmement diverse, preuve d'une parfaite adaptation à différentes disciplines.

Détaché de l'université en 1969, il a exercé pendant dix ans les fonctions de médecin conseil national de la sécurité sociale, puis en 1979 celles de directeur général de la Santé publique qu'il a quittées après un cours passage au Conseil d'Etat, en service extraordinaire. Il réintègre ensuite l'université pour être nommé professeur d'hygiène et de santé publique à la faculté de Bicêtre où il termina sa carrière en 1983. Au cours de

cette longue carrière Jean-Charles Sournia a reçu de nombreuses distinctions. Il était Officier de la Légion d'honneur et Commandeur de l'Ordre du Mérite.

Ces différentes mutations ne l'ont pas empêché de poursuivre sa vocation d'historien de la médecine, et vous apprendrez par nos collègues qui vont se succéder à cette tribune les nombreux ouvrages et publications d'une œuvre très vaste rappelée par le professeur Alain Larcan l'an dernier à l'Académie de Médecine, Compagnie à laquelle il fut élu en avril 1983. L'esprit d'analyse et de finesse faisait partie des nombreuses qualités que possédait Jean-Charles Sournia. De son expérience de la pratique de la Santé publique, voici quelques phrases extraites d'articles publiés dans divers quotidiens et périodiques :

“Le système au bord de l'explosion”.

“L'Etat et l'Assurance maladie doivent tirer les leçons de leurs échecs”.

“Ces malades que l'on fabrique”.

Coups de griffes justifiés à ses yeux par une situation qu'il ne pouvait taire à l'opinion publique.

L'érudition de notre collègue s'est exprimée en un ultime témoignage paru aux Editions de santé l'an dernier : *Histoire du pronostic* que l'auteur résume ainsi : “Le diagnostic repose sur la science, le pronostic fait plus appel à la connaissance des hommes, à l'humanisme, à l'humanité c'est-à-dire à la bonté et à la compréhension que l'on peut témoigner à autrui. Le “bon” médecin est jugé par sa façon de formuler ses pronostics”.

RESUMÉ

Le Pr J.-Ch. Sournia et la Société française d'Histoire de la Médecine.

Les auteurs retracent l'importante contribution du professeur Jean-Charles Sournia (1917-2000) lors de ses trente-cinq années d'activité au sein de la Société française d'Histoire de la Médecine. Il y fut un secrétaire général attentif qui veilla en 1973 à l'établissement d'une reconnaissance d'utilité publique. Puis, en 1979 et 1980, il présida notre Société avec une grande autorité, conscient de la nécessité de certaines réformes. Il laisse dans la revue “*Histoire des sciences médicales*” dont il fut un rédacteur en chef vigilant de nombreux travaux originaux, témoins de sa vaste culture et de la diversité de ses pôles d'intérêt : la médecine et la chirurgie de langue arabe, l'histoire de la santé publique, l'histoire du langage et particulièrement celui de la médecine, Littré, les grandes épidémies dont la lèpre, l'alcoolisme, des biographies médicales etc... Il n'est donc pas étonnant de l'avoir vu proposer son “*Histoire de la Médecine et des Médecins*”.

SUMMARY

Professor Jean-Charles Sournia and the French Society of Medicine.

The authors recount the important contribution of Professor Sournia as he worked for the French Society of Medicine History for thirty-five years. As a devoted general secretary he managed in 1973 the Society officially recognised as a state-approved institution. Then in 1979 and 1980, he was the President of our Society with authority and awareness of need for some reforms. He was an attentive chief editor of the journal “*Histoires des Sciences Médicales*” in which many of his original papers demonstrated his wide-ranging education and the diversity of his interests : Arab Medicine and Surgery books, History of Public Health, History of Medical Jargon, the lexicography by Littré, the major epidemics includind leprosy, many medical biographies etc. Thus it was not surprising that he has published his “*Histoire de la Médecine et des Médecins*”.

Jean-Charles Sournia, interne des hôpitaux de Lyon (1943), chirurgien à Alep (Syrie, 1953) et auteur avec Marianne Sournia de “L’Orient des premiers chrétiens”*

par L.-P. FISCHER**, Jacques ROUGIER***, Bernard SCHOTT****,
Hany BABIK (Alep)***** et Bénédicte FISCHER (Dole)

Jean-Charles Sournia est né le 24 novembre 1917 à Bourges (Cher). Il laissait entendre des origines des Pyrénées-Orientales avec un village nommé Sournia. Jean-Charles Sournia (promotion d'internat des Hôpitaux de Lyon, 21/06/1943, n° 15/22) était encore cité à l'internat de Lyon quand j'ai été reçu près de vingt après (promotion 1961) ; on le connaissait comme un des rares internes "santards" c'est-à-dire de l'Ecole de Santé Militaire de Lyon située alors avenue Berthelot, où existe actuellement le Musée de la Résistance.

Je l'ai connu car il était ami de mon maître le chirurgien orthopédiste Georges de Mourgues (promotion d'internat des Hôpitaux de Lyon, 1938). Georges de Mourgues l'avait bien fréquenté pendant la période de l'internat. Georges de Mourgues n'avait pris ses fonctions qu'en 1940, après son service militaire, et de 1943 à 1945 il était en Allemagne, faisant partie des internes des troisième ou quatrième années d'internat de villes de Faculté, célibataires (ou mariés sans enfant), devant assurer la relève des chirurgiens dans les camps de prisonniers. La relève des médecins était assurée, elle, par des élèves déjà "anciens" de l'Ecole de Santé militaire. Ainsi Georges de Mourgues a assuré à Lyon six semestres d'internat en chirurgie avant 1943 et ses deux derniers

* Comité de lecture du 30 juin 2001 de la Société française d'Histoire de la Médecine.

** Hôpital Edouard Herriot - Pavillon T - Place d'Arsonval - 69003 Lyon - France & Faculté Grange Blanche - Domaine Rockefeller - 69003 Lyon

*** Ophtalmologiste honoraire des hôpitaux de Lyon - 15 Chemin des Pins - 69570 Dardilly - France

**** 28 La Tourtière - 69390 Millery - France

***** Service Pr Fischer - Pr J.P. Carret - Hôpital Edouard Herriot - Place d'Arsonval - 69003 Lyon & Service de Chirurgie Orthopédique - B.P. 7031 - Alep - Syrie

semestres de novembre 1945 à octobre 1946. G. de Mourgues et J.C. Sournia avaient travaillé ensemble en préparant les fameux concours de l'époque en vue du chirurgicat des hôpitaux. Quand Sournia "descendait" à Lyon après 1962, j'ai connu Sournia reçu par Georges de Mourgues et lors d'une conférence brillante qu'il présenta dans le "grand réfectoire de l'Hôtel-Dieu" sur *Les Stylites de Syrie*. Sur le plan médical, Sournia m'a aidé dans les années 1990 à rédiger un cours à la Faculté de médecine Grange-Blanche sur *Les activités du chirurgien*, dans un module sur les différentes formes d'exercices de la médecine en deuxième année de médecine.

A partir de 1992 et avec la rédaction de la thèse de Madame Rossi sur Georges de Mourgues (décédé en 1984), à plusieurs reprises Jean-Charles Sournia m'avait conseillé de diriger avec lui une thèse d'histoire de la médecine sur les hôpitaux et l'internat des hôpitaux de Lyon pendant la guerre : travail plusieurs fois abordé mais difficile, ayant suscité de violentes réactions de certains médecins interviewés et thèse toujours reculée.

Je connaissais Jean-Charles Sournia d'une deuxième manière par mon maître Nikita Elisséeff, professeur de civilisation musulmane à la Faculté des Lettres et Sciences Humaines de l'Université Lumière-Lyon II. Avec Nikita Elisséeff dans les années 1970, je terminais une thèse en Faculté de lettres sur *Les premiers édifices chrétiens et byzantins en Sardaigne* (2). Nikita Elisséeff avait travaillé de nombreuses années à Damas (et aussi à Alep) et recevait souvent Jean-Charles et Marianne Sournia. Les églises chrétiennes qu'avaient étudiées les Sournia (5) avaient été l'objet de mes études depuis les années 1960 avec des comparaisons d'églises du IVème au Xème siècle tout autour de la Méditerranée.

Parmi d'autres souvenirs, je parlerai aujourd'hui de deux aspects de Sournia :

1. pendant l'internat des hôpitaux de Lyon
2. Sournia et son œuvre littéraire et archéologique en Syrie.

1 - Sournia interne en chirurgie des Hôpitaux de Lyon, concours du 14/06/1943

La promotion des internes des hôpitaux de Lyon comprend seize internes en 1939. Il n'y a pas de recrutement en 1940, quatorze internes en 1941 (15/09/41), vingt le 07/09/1942, vingt-deux le 14/06/1943, dix-huit en 1944. Il n'y a pas de concours en 1945 et trois concours en 1946 (28/01/1946 pour deux internes, le 25/03/46 pour dix-neuf internes, et le 27 mai pour vingt-huit internes). Le major de la promotion de Sournia (1943) est Bernard Schott, brillant neurologue des hôpitaux de Lyon, qui était santard, élève de l'Ecole de Santé militaire comme Sournia.

Grâce à notre maître, le Professeur René Guillet, chirurgien des hôpitaux de Lyon, membre de notre Société, nous avons eu des renseignements sur Sournia, interne des hôpitaux de Lyon. René Guillet a été un authentique résistant pendant la guerre, mais suivait les activités médicales de Lyon d'autant que son frère Emile Guillet était de la même promotion que Sournia. C'est ainsi que nous avons appris que Sournia avait été nommé au concours de l'externat des hôpitaux de Lyon en 1938, et mobilisé en 1939 pour la période de la guerre. Grâce à René Guillet, nous avons quelques appréciations de ses maîtres pendant l'internat, appréciations élogieuses qui soulignent, toutes, l'intelligence vive de Jean-Charles Sournia. Ainsi appréciation du 31 octobre 1944 du



Fig. 1 : Promotion d'internes des hôpitaux de Lyon (Lyon, mars 1943)

professeur Rochet et du docteur Clavel, service d'urgence de l'Hôpital Edouard Herriot : “Excellent interne, intelligent et actif - note 10/10” ; appréciation du 16 novembre 1946 concernant le semestre du 1^{er} mai au 31 octobre 1946 par le professeur René Peycelon, Hôpital Edouard Herriot, chirurgien renommé pour la chirurgie viscérale du corps thyroïde : “*Interne remarquable, présentant de grandes qualités techniques et de conscience professionnelle. Capable d'assurer parfaitement les responsabilités chirurgicales - note 10/10*” ; appréciation du 15 mai 1947 après le semestre du 1er novembre 1946 au 30/04/1947 par le professeur Paul Santy : “*excellent interne - à l'intelligence vive et brillante - s'est adapté très rapidement aux conditions particulières du service de chirurgie thoracique - Note 10/10*”.

Notre maître, le professeur Alain Bouchet, anatomiste, chirurgien vasculaire, qui a été président de la S.F.H.M., a bien connu Jean-Charles Sournia. Alain Bouchet l'a connu dès 1948 pendant son externat des hôpitaux de Lyon “alors que Sournia était assistant chez le Professeur Marcel Bérard. Marcel Bérard était un des fils de Léon Bérard et était un brillant chirurgien de Lyon versé essentiellement vers la chirurgie thoracique.” Alain Bouchet se rappelle que Sournia logeait alors dans une maison à l'entrée de la propriété de Marcel Bérard (propriété maintenant disparue) proche de l'actuelle place des frères Lumière à Lyon Montplaisir.



Fig. 2 : Jean-Charles Sournia, interne des hôpitaux à vingt-six ans.

Le professeur Jean Gaillard, célèbre chirurgien ORL des hôpitaux, a été un grand ami de Sournia étant de la même promotion. Jean Gaillard nous a indiqué que Sournia, ainsi que Bernard Schott, avaient démissionné de l'Ecole de Santé Militaire pendant leur internat. Pour Jean Gaillard le maître préféré de Sournia a été, dès l'externat, Pierre Bertrand, chirurgien de l'Hôpital de la Croix-Rousse à Lyon et qui assurait l'Hôpital de Tarare. Pierre Bertrand est connu pour avoir succédé à Edouard Herriot à la Mairie de Lyon pendant la guerre. "A la suite de Pierre Bertrand, tout en étant interne, Sournia assurait le fonctionnement de l'Hôpital de Tarare avant la nomination du chirurgien Clerc. Paul Santy, le chirurgien qui a introduit la chirurgie cardiaque à Lyon, a envoyé en Suède Sournia à la fin de l'internat pour un stage de six mois chez Crawford. Ceci explique qu'ensuite, pendant près de deux ans, Sournia a pu être assistant chez Santy et Marcel Bérard avant de réussir, sur les conseils et la protection de Paul Santy, l'agrégation civile de chirurgie pour Alep." Gaillard

indique que pendant l'internat, Sournia logeait au pavillon de l'internat à l'Hôpital Edouard Herriot : "il était alors célibataire, toujours par monts et par vaux et menait une vie intense, était un joyeux vivant. Il animait cet internat qui était surveillé par le vieux gardien Edgar qui faisait les chambres, et protégeait quelquefois les frasques des internes. Sournia s'est marié à la fin de son internat.

Sournia, élève de l'Ecole de Santé Militaire de Lyon, originaire de Bourges par sa naissance, a été considéré à Lyon comme un interne bon vivant et en même temps attentif à ses maîtres et à la chirurgie. Ce joyeux célibataire a connu son épouse suédoise, Marianne, pendant son séjour en Suède."

Jacques Rougier (promotion d'internat 1946 des hôpitaux de Lyon), ophtalmologiste lyonnais de grand renom, excellent praticien en activité jusqu'à ces dernières années au C.H.U. de Lyon à l'hôpital Lyon-Sud, nous apporte des données intéressantes sur Sournia, interne en chirurgie à Lyon. Amis des Sournia, au moment de leur départ à Alep en Syrie, ayant gardé pendant trois mois les deux filles jumelles Sournia bébés, les Rougier restèrent toujours liés aux Sournia. Voici le témoignage de J. Rougier :

"Après la défaite de juin 1940, l'armée française a été réduite à cent mille hommes pour le territoire de la France non occupée et pour l'ensemble des territoires français d'Outre-Mer. A cette époque, comme il y avait trop de soldats il a été possible aux santiards de démissionner de l'armée et de rentrer dans le civil. C'est ce qui s'est passé à Lyon pour au moins trois d'entre eux, à ma connaissance, Bernard Schott, J.C. Sournia et Milleret qui devint professeur de chirurgie et doyen de la Faculté de Besançon. Ils devinrent donc civils en 1940 et 1941 ce qui explique leur possibilité à se présenter à l'internat en 1943.

Petit détail, en 1947 Sournia cessa ses fonctions de préparateur d'anatomie et je lui succédaï au laboratoire d'anatomie dont le professeur Henri Gabrielle était le patron. (A cette époque j'étais interne chirurgical n'ayant pas encore décidé de m'orienter en ophtalmologie). Pendant son internat Sournia était très dynamique, un peu flamboyant, il faisait du cheval et arrivait de temps en temps au réfectoire de l'internat porteur d'une paire de bottes sous son sarrau !

A son retour de Suède il ramena son épouse Marianne qu'il appelait "Ma Laponne". C'était une fort jolie femme, très brillante, polyglotte parlant le suédois, l'allemand, l'anglais, le russe, l'italien, le français. Elle fut un temps lectrice de russe à la Faculté des Lettres à Lyon. J.C. Sournia habitait alors une villa à Caluire qu'il louait aux Bérard. Je me souviens d'une fête extraordinaire pour la Sainte-Lucie, patronne de la Suède où Marianne vêtue d'une grande robe blanche portait sur la tête une couronne de fer sertie de bougies allumées. Nous y étions costumés avec Georges de Mourgues (parrain d'un de mes fils) et toute une fine équipe de jeunes médecins chirurgiens.

Les Sournia eurent trois filles dont des jumelles. Quand ils partirent en Syrie fin 1953 ayant là-bas de gros problèmes de logement, nous gardâmes avec mon épouse à la maison pendant trois ou quatre mois les jumelles âgées de dix-huit mois environ. J.C. Sournia avait été nommé agrégé de chirurgie au titre "Les Affaires étrangères" comme Maillet par exemple l'avait été au Caire. La vie fut très difficile, ils vécurent à l'hôtel longtemps avant de trouver un appartement. D'Alep, Sournia alla quelque temps à Damas et enfin à Beyrouth. Pendant toute cette période syrienne et libanaise, il eut des problèmes avec le Conseil de l'Ordre des Médecins, et ne put pas exercer la chirurgie étant essentiellement enseignant.

Puis il fut nommé à Rennes et enfin arriva à Paris abandonnant toute activité chirurgicale. Il fut directeur de la Sécurité sociale, et brigua la chaire d'histoire de la médecine. Ce fut pour lui une grande déception de n'avoir pas pu être nommé à cette chaire. A Paris, il publia beaucoup sur l'histoire de la médecine et entre autres un ouvrage critique assez sévère sur le gaspillage de la médecine : "Ces malades qu'on fabrique" (Seuil, 1977).

Bernard Schott était santard comme Sournia et était major de la promotion d'internat avant de devenir le grand neurologue lyonnais de l'hôpital neurologique Pierre Wertheimer. Il écrit pour nous cette évocation lyonnaise de Sournia :

"Jean-Charles Sournia était né à Bourges mais de race pyrénéenne. Perpignan était sa grande ville (et Paris son destin de provincial !). Il avait le caractère droit, orgueilleux, fidèle, franc dans son comportement comme dans l'expression parfois "brutale" de ses sentiments ("brutalité" toute verbale bien entendu).

Fils de militaire, études au Prytanée, entré à l'E.S.S.M. (Ecole de Santé Militaire) en 1936 après le P.C.B. Je l'ai connu à l'E.S.S.M. où j'entrais en 1937 au concours de fin de première année. Un goût commun pour la littérature classique "moderne d'alors", de Proust à Bernanos, en passant par Céline, Malraux, Marcel Aymé, nous a rapprochés !

J.C. Sournia a quitté l'E.S.S.M. le 6 février 1942, en même temps que moi-même et cinq autres camarades, profitant d'une disposition de l'armée d'armistice qui nous

délivrait des obligations dues à l'armée du fait de notre admission à l'E.S.S.M. De ce jour là, retour à la vie civile sans aucun port d'uniforme, donc internat purement civil. Il vit seul à l'internat puis en maison individuelle dans la propriété des Bérard, avec son épouse suédoise et leur petite fille Christine.

Ses goûts et talents particuliers :

- goût pour le cheval,
- talents littéraires : nombreux ouvrages écrits tant à Alep (en collaboration avec son épouse, universitaire de Lettres à Stockholm avant son mariage) qu'à Rennes pendant 10 ans puis à Paris (comme Directeur de la Santé).
- goût pour la peinture et d'une façon générale pour la vie des arts et de l'esprit.

Pendant son internat à l'Hôpital Edouard Herriot, la porte de sa chambre était ornée par une superbe affiche de matador d'où son surnom "d'Es Camillo" pour certains.

Interne et chirurgien de qualité, extrêmement sérieux dans son travail, brillant dans son enseignement, attiré par la chirurgie thoracique de l'Ecole de Santy et en compétition pour une poursuite de carrière universitaire mais en concurrence d'âge et de jury avec Jaubert de Beaujeu. Il est sérieux et courageux, homme de parole et d'engagement, honnête. Les quelques défauts de ses qualités qui le faisaient discuter par certains : une certaine "superbe", des avis quelques peu tranchés et un mépris trop affiché pour les médiocres et les "petits", mais malgré tout un chic type.

C'était un homme de qualité, de droiture et de fidélité, très travailleur et brillant, courageux dans sa vie d'homme."

2 - Œuvre littéraire et archéologique de Jean-Charles Sournia en Syrie

Le livre *L'Orient des premiers chrétiens* avec le sous-titre *Histoire et archéologie de la Syrie byzantine* (Résurrection du Passé - Fayard 1966) (5) présente ainsi les auteurs : "Jean-Charles et Marianne Sournia appartiennent tous deux à l'enseignement supérieur, le premier à la Faculté de Médecine, l'autre à la Faculté des Lettres de Rennes. Après avoir parcouru l'Afrique et l'Asie, l'Ancien et le Nouveau monde, ils ont passé cinq ans en mission dans le Proche-Orient où ils ont été mêlés de très près aux travaux récents de l'archéologie, aussi bien dans le désert de Palmyre, que dans les ruines d'Antioche.

Outre les ouvrages scientifiques et les essais qu'il a publiés et dont l'un a été couronné par l'Académie française, Jean-Charles Sournia collabore à plusieurs revues littéraires et historiques, où ont été particulièrement remarquées ses études sur le supplice de la Crucifixion, la mort d'Alexandre le Grand, les rites chrétiens d'Orient, etc..."



Fig. 3 : Jean-Charles Sournia et Marianne Sournia à Rennes, après leur séjour en Syrie.

Jean-Charles Sournia est resté cinq ans agrégé de chirurgie (agrégé civil et non pas militaire) à Alep.

Au dernier *Congrès des Morphologistes* à Lyon (mai 2001), le professeur Caix de Limoges qui fut professeur d'anatomie à l'Université de Beyrouth, nous a indiqué qu'il avait succédé dans ses cours à Sournia qui était agrégé de chirurgie à Alep : ceci démontre encore l'extrême disponibilité et l'intense activité de Sournia entre Beyrouth et Alep !.

Dans leur livre "*L'Orient des premiers chrétiens*", les Sournia s'intéressent particulièrement à Antioche, somptueuse cité de l'Orient du IVème siècle avec sa passion effrénée des spectacles, ville dont Renan parlait comme "d'un fleuve de boue". Sournia s'intéresse à la vie quotidienne racontée par les mosaïques, par les quinze kilomètres de remparts, par les restes archéologiques.

Sournia cherche à faire revivre l'église chrétienne très vivante au IVème siècle en Syrie malgré la tentative de rénovation païenne de Julien l'Apostat, malgré les dieux innombrables.

Dans deux longs chapitres Sournia s'intéresse au christianisme des IVème et Vème siècles en Syrie et surtout aux moines et ermites des campagnes ! Les paysans construisaient partout des églises, des petites églises rudimentaires contrastant avec les grandes basiliques à trois nefs qui avaient, elles, un somptueux décor sculpté.

Il est indéniable, en relisant son livre, que Sournia est fasciné par la floraison des petits monastères dans les campagnes avec ce mouvement monastique important. L'extraordinaire figure de St Siméon Stylite le captive. Alors que le mouvement monastique en Egypte date du milieu du IVème siècle avec St Paul et St Antoine le Grand, en Syrie c'est seulement au VIème siècle qu'existe une grande floraison de moines. Ce sont souvent des moines qui, isolés, vont faire construire néanmoins une église.

Dans les monastères, Sournia indique qu'il existe une disposition assez uniforme des bâtiments : "Au Sud une grande cour où s'élevait l'église ; elle était toujours un peu à l'écart, sans doute pour permettre aux villageois d'y accéder sans déranger la vie des moines. A l'Ouest se dressait une construction imposante à deux étages, orientée Nord-Sud, et enveloppée d'un portique sur ses quatre faces : son rôle est difficile à établir. Un des étages servait-il de réfectoire à la communauté ? Etais-ce une hôtellerie pour les hôtes de passage... ? A l'Est, un autre édifice à plusieurs étages, massif, devait abriter des logements ; il est dans tous les cas en rapport avec le diaconicon de l'église disposée non loin de là... On peut sans doute lui faire jouer le rôle de donjon et de refuge en cas de raid ennemi. Quatrième élément architectural du couvent : un tombeau collectif. La place y était limitée : quelques inscriptions nous font comprendre que ces tombes étaient réservées à certaines catégories de moines d'après leur place dans la hiérarchie de la communauté..." (Page 84)

L'extraordinaire figure de St Siméon Stylite le passionne :

"Siméon naquit en 386 d'une famille de paysans en Cilicie ; il entra à seize ans au couvent de Téleda célèbre en Orient, mais il le quitta dix ans plus tard à la demande de son supérieur que ses mortifications inquiétaient. Il resta trois ans dans un établissement voisin et ne trouvant pas là davantage l'isolement qu'il souhaitait, il obtint de son higouhème l'autorisation de faire retraite dans un petit enclos sur le sommet de la colline voisine. Son renom se répandant, la foule devint de plus en plus gênante, et il dut se faire construire une colonne haute d'une dizaine de mètres, puis de quinze, finalement de vingt ; c'est là qu'il passa le restant de sa vie.

Les récits contemporains nous montrent les visiteurs qui se pressaient au pied de la colonne, venant de tous les pays connus : il chargea même des pèlerins gaulois de saluer Sainte Geneviève. L'aspect merveilleux de son ascèse plaisait au peuple, et il jouissait d'un immense prestige auprès des Perses et des Arabes, contribuant grandement à leur conversion. Les voyageurs de la grande route Antioche-Chalcis faisaient le détour de quelques kilomètres pour prier avec lui et se faire bénir. Du haut de sa colonne, été comme hiver, il organisait des prières collectives, il prêchait, il commentait les Ecritures. Païens et chrétiens, Bédouins et paysans lui soumettaient leurs querelles, il pacifiait les tribus et les familles divisées, il apaisait les esprits avec bon sens, simplicité et persuasion.” (page 91)

“Lorsque l'ermite mourut au cours de l'été 459 après avoir vécu plus de trente ans sur sa colonne, les moines et les fidèles qui se trouvaient là l'ensevelirent sur place. L'évêque d'Antioche dépêcha aussitôt un général et six cents hommes pour s'emparer du corps et le transporter dans l'Eglise d'Or. L'empereur mit tout le monde d'accord en le faisant venir à Constantinople.

Et aussitôt sa légende s'agrémenta de hauts faits merveilleux : il aurait ressuscité un moine, provoqué la mort d'une panthère, etc...

... Il eut de nombreux imitateurs, Siméon le jeune installé près de la route entre Antioche et Séleucie, Daniel à peu de distance de Constantinople, Alypius, Luc le Stylite, et bien d'autres dont une femme...

... Pour les érudits, les Stylites auraient eu des précurseurs païens, par exemple cet homme qui montait deux semaines par an au sommet d'une des colonnes dionysiaques du temple de Hiérapolis (Membidj) : il y montait, dit Lucien, avec une corde autour de la taille de la même manière que les paysans montent au faîte des palmiers pour cueillir leurs dattes ; il se faisait payer en or et en argent ses intercessions auprès de la déesse Atargatis. Les amateurs de psychanalyse dans l'étude des religions n'ont pas manqué d'accorder une valeur phallique à ces colonnes, aussi bien qu'aux obélisques pharaoniques, aux arbres de Mai de chez nous, aux clochers et aux minarets ; rappelons surtout que depuis toujours l'homme a pensé se rapprocher de Dieu en s'élevant vers le ciel : le sumérien sur sa ziggourat, Moïse au sommet du Sinaï, et le Stylite sur sa colonne ont tous voulu s'isoler de la multitude et faire une prière plus recueillie et mieux entendue de la divinité.” (page 94)

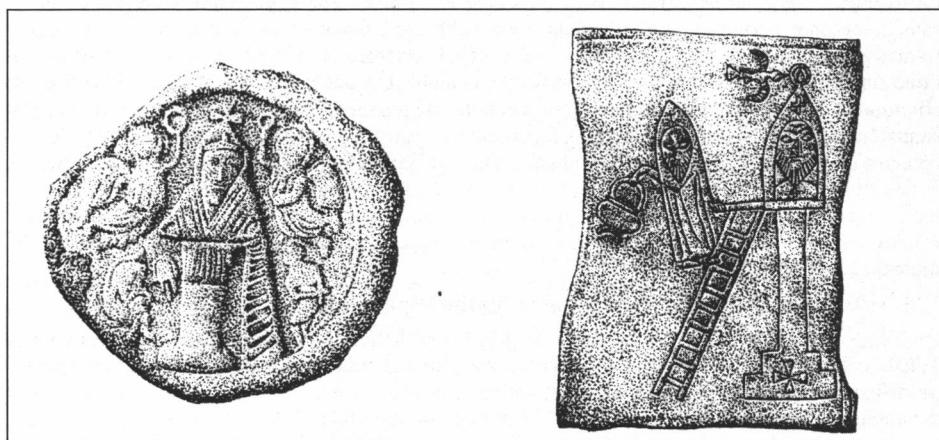


Fig. 4 : Représentations anciennes du Vème et VIème siècles de Siméon Stylite (sur une colonne de plus en plus haute pour être plus proche de Dieu).

Le lieu où a vécu sur sa colonne St Siméon est devenu le lieu d'un pèlerinage célèbre : les ruines de l'église sont impressionnantes. La colonne centrale de Siméon ne s'est effondrée qu'au XVIIème siècle mais sa base est toujours en place. Autour de cette colonne, l'octogone de vingt-huit mètres de diamètre est formé de grands arcs menant sur les quatre basiliques à trois nefs disposées selon les points cardinaux. L'octogone de St Siméon est un martyrium avec des dimensions grandioses datant des VIème et VIIème siècles.

Le bel œcuménisme chrétien fut de courte durée en Syrie : les querelles sur la nature du Christ amenèrent des schismes qui durent encore, le nationalisme s'en mêla. Dans le désert les Bédouins capricieux s'agitant, il suffit aux Arabes musulmans d'une seule bataille pour s'emparer de toutes les provinces d'Orient. Après la grande victoire des Musulmans sur les Byzantins (20 août 636), l'empereur Héraclius démunie de troupes dut évacuer la Syrie. Chemin faisant dans leur livre, les Sournia ont étudié l'organisation de l'Eglise en Syrie, la carrière de St Jean Chrysostome (page 99) et les grandes querelles dogmatiques du Vème siècle. Ils se sont penchés sur l'organisation militaire avec des réflexions sur l'œuvre de Justinien. Sournia continua à s'intéresser, alors qu'il était professeur de chirurgie à la Faculté de Rennes, aux Styliques leur consacrant des articles et surtout une brillante conférence à l'hôtel-Dieu de Lyon.

REMERCIEMENTS

Nous remercions nos Maîtres Messieurs les Professeurs Alain Bouchet, Jean Gaillard, René Guillet, Jacques Rougier, Bernard Schott, notre ami le Professeur Jean-Paul Carret, directeur du laboratoire d'anatomie de la Faculté de médecine Lyon-Sud et brillant chirurgien orthopédiste, chirurgien des hôpitaux de Lyon et chef de service adjoint du Pavillon T, notre assistant-chef de clinique du C.H.U. de Lyon le Docteur Pierre-Yves Glas, notre secrétaire Mme Véronique Vey, le Professeur Caix doyen de la Faculté de médecine de Limoges.

Cette évocation est aussi un hommage à notre Maître le Professeur Georges de Mourgues (1916-1984), grand maître de la chirurgie de la hanche, ami de Jean-Charles Sournia, comme lui loyal et courageux.

BIBLIOGRAPHIE

1. *Annuaire de l'internat des hôpitaux de Lyon* (édité à plusieurs reprises) référence 1970 (Association des H.C.L., Bibliothèque de l'Internat - 69 hôtel-Dieu de Lyon)
2. FISCHER (L.P.) - *Edifices et monuments chrétiens de Sardaigne avant la période romane (IIIème-XIème siècles) Contribution à un inventaire archéologique*. Thèse soutenue en 1983 à l'Université Lyon II Faculté des Lettres - Sciences Historiques et Géographiques, Art et Environnement, 3 Tomes, Directeur : Professeur Nikita Elisséeff.
3. FISCHER Cossu-Ferrà (Véronique) - Coordinamento mostra e catalogo - Testi : Coroneo (Roberto) - Coppola (Margherita) - Graffici : Cossu-Ferrà (Giam Battista) ingegnere architetto - Fischer (L.P.) & collaborateurs de l'Université de Cagliari *Le chiese cruciformi byzantine della Sardegna*. Exposition de plans, élévations et photographies de 1960 à 1995. 27 mai - 13 juin 1999 et catalogue. Communauté Européenne et Ente Scuole edile Cagliari, 1999 (catalogue 56 p., 18 photographies de 1960 de L.. Fischer, de 1998-1999 de Antonio Sanna - Randaccio, Nanni Pes ; guido Porcu).
4. ROSSI (Jacqueline Brechet, Mme) - *Contribution à la biographie de Georges de Mourgues (1916-1984)*. Thèse de médecine Lyon, Faculté de médecine Lyon Grange Blanche 22 mars

- 1993, 131 p., illustrations, tabl. (Thèse inspirée et dirigée par L.P. Fischer avec la collaboration et le témoignage de J.C. Sournia).
5. Sournia (J.C. & M.) - *L'Orient des premiers chrétiens. Histoire et archéologie de la Syrie byzantine*. (Fayard 1966, 190 p., 90 ill., 2 cartes).
 6. SOURNIA (J.C.) - *Mythologies de la médecine moderne*. (Presses universitaires de France, collection Gallien, 1969, 221 p.)
 7. SOURNIA (J.C.) in POULET (J.) - SOURNIA (J.C.) et MARTIGNY (M.) - *Histoire de la médecine, de la pharmacie, de l'art dentaire et de l'art vétérinaire*, 8 volumes, A. Michel-Laffont-Tchou, 1977-1980.
 8. SOURNIA (J.C.) - *Histoire de la médecine et des médecins*. Larousse 1991.
 9. SOURNIA (J.C.) - *Histoire de la médecine*. Ed. de la Découverte, 1997.

RÉSUMÉ

La vie et les activités de Jean-Charles Sournia sont évoquées pour la période 1938 à 1966. Jean-Charles Sournia, né en 1917, a été élève de l'Ecole de Santé Militaire de Lyon, externe des Hôpitaux de Lyon en 1938, interne en 1943. Il était assistant en chirurgie thoracique en 1948, chez les Professeurs Paul Santy et Marcel Bérard. Il effectua un stage de six mois à ce moment là en Suède chez Crawford où il connut son épouse suédoise. Nommé professeur agrégé de chirurgie à Alep, il a effectué un séjour actif de cinq ans au Moyen-Orient avec des cours de chirurgie à Alep, des cours d'anatomie à Beyrouth. Il s'intéressa à l'histoire de la Syrie et à son archéologie pendant la période byzantine du IVème au VIIème siècle. Nommé professeur de chirurgie à la Faculté de médecine de Rennes, avec son épouse à la Faculté des Lettres de Rennes, il écrivit "L'Orient des premiers chrétiens - Histoire et archéologie de la Syrie byzantine" (Fayard, 1966) en s'intéressant aux moines anachorètes et à ceux, comme St Siméon Stylite, vivant des dizaines d'années en haut d'une colonne pour être plus proches de Dieu.

SUMMARY

Jean-Charles Sournia, resident of Lyon Hospitals and Surgeons in Alep.

The article deals with the life and activity of J.Ch. Sournia from 1938 to 1966.

Born in Bourges (France) in 1917, he studied at "l'Ecole du Service de Santé Militaire" in Lyon. In 1938 he became a non-resident student of Lyon Hospitals and a resident in 1943. Assistant of thoracic surgery by Professors Paul Santy and Marcel Bérard he underwent an advanced training course by Pr Crawford in Sweden. There he met his Swedish wife-to-be. Appointed professor of Surgery he taught Surgery in Alep and Anatomy in Beyrouth. In the same time he was interested in the History of Syria and its archeology during the Byzantine Centuries (from the IVth to the VIIth A.D.). While his wife was teaching literature at Rennes University he was appointed surgery professor at the Medical College in Rennes and wrote "the Middle-East of Primitive Christianity-History and Archaeology of Byzantine Syria" (Fayard 1966) in which he focused his study on monks who lived for long years on pillar top to be closer to God, like St Simeon.

Jean-Charles Sournia et l'histoire de la médecine arabe *

par Gérard TROUPEAU **

C'est en Orient que j'ai connu Jean-Charles Sournia, d'abord en 1953 à Alep, où il était chirurgien à l'hôpital, puis en 1956 à Beyrouth, où il était professeur à la Faculté de Médecine. En 1961, nous nous retrouvâmes en France, alors que nous étions, lui professeur à la Faculté de Médecine de Rennes, chargé de l'enseignement de l'histoire de la médecine, et moi professeur d'arabe à l'Ecole Nationale des Langues Orientales Vivantes. C'est à cette époque qu'il me convainquit de travailler avec lui à l'histoire de la médecine arabe. Jean-Charles Sournia n'admettait pas, en effet, qu'aucun arabisant français ne s'intéressât à cette discipline, dans laquelle s'étaient jadis illustrés des savants comme Leclerc et Renaud.

Nous décidâmes donc de nous attaquer à l'étude du premier médecin à avoir écrit ses ouvrages en arabe : le nestorien de Bagdad Jean Mésué (m.857). Le résultat de nos recherches communes fut consigné dans l'article intitulé : *Biographies critiques de Jean Mésué et du prétendu Mésué le Jeune*, paru dans la revue *Clio Medica* en 1968.

Après ma nomination à l'Ecole Pratique des Hautes Etudes, Jean-Charles Sournia m'encouragea à consacrer une de mes conférences à l'étude de textes médicaux arabes et de leurs traductions latines, et à constituer, pour cela, une petite équipe composée d'arabisants, de latinistes et de médecins. C'est dans ce cadre que fut publié, en collaboration avec Danièle Jacquart, *Le livre des Axiomes médicaux (Aphorismi) de Jean Mésué*, en 1980.

Par ailleurs, Jean-Charles Sournia dirigea ou co-dirigea plusieurs thèses de doctorat sur des sujets de médecine arabe : les *Aphorismes* de Jean Mésué, l'*Isagoge* de Johannitius, le *Canon* d'Avicenne et le *Colliget* d'Averroès. Lui-même publia en 1986 une anthologie intitulée : *Médecins arabes anciens (Xe et XIe siècles)*, recueil de textes choisis et commentés par lui. Enfin, il prit une part active dans la préparation de l'exposition : *A l'ombre d'Avicenne, la médecine au temps des Califes*, qui s'est tenue à l'Institut du Monde Arabe en 1996.

* Comité de lecture du 30 juin 2001 de la Société française d'Histoire de la Médecine.

** 253, avenue de Grammont, 37000 Tours.

Tel fut le rôle important que joua Jean-Charles Sournia dans le domaine de l'histoire de la médecine arabe, et je crois qu'il était opportun de rappeler ici cet aspect peu connu de l'activité pluridisciplinaire de ce grand savant.

INTERVENTION : Pr Ridha MABROUK *

“En ce lieu prestigieux, devant ce brillant auditoire excusez-moi si je parle avec quelque émotion. C'est ici en effet qu'il y a un demi-siècle exactement j'ai dû faire face au Jury qui siégeait à ce même bureau. On a bien voulu accepter ma thèse pour être médecin.

Aujourd’hui une autre tâche m’échoit.

Je me dois d’associer le témoignage de mes collègues de la Société tunisienne d’ophtalmologie pour exprimer notre grande tristesse et notre gratitude pour le professeur Sournia qui par ses relations et ses vastes connaissances nous a aidés au succès du Congrès de Carthage en 98.

Il n'a pas hésité à répondre à notre invitation pour participer à la Faculté de Médecine de Tunis, à la cérémonie identique à celle-ci à la mémoire du regretté Professeur Ammar qui venait de s'éteindre et cela peu de temps avant sa propre fin.

Ceci traduit bien les liens intimes et féconds que les médecins tunisiens maintiennent et souhaitent continuer à avoir avec leurs collègues francophones.

En la personne du Professeur Sournia nous perdons un précieux soutien, mais je pense aussi au Professeur Pierre Amalric, un fidèle ami de grande culture qui comme le Professeur Sournia attachait un grand intérêt à l'histoire de la médecine en Orient et au Maghreb. Souhaitons de pouvoir honorer ensemble sa mémoire”.

* Président de la Société tunisienne d'Histoire de la Médecine NADI AL BASSAR, Nort Africain center for sight and visual sciences, 9 boulevard Bab Menara, 1008 Tunis..

RÉSUMÉ

“Jean-Charles Sournia et l'histoire de la médecine arabe”.

Mr Troupeau est professeur à l'Ecole Pratique des Hautes Etudes et aux Langues Orientales. Il est bien connu et ami de la famille. Il connaît parfaitement bien les livres de la médecine arabe du XIe siècle et a contribué, avec Jean-Charles Sournia, à former un petit noyau d'élèves spécialisés dans l'histoire de la médecine arabe.

SUMMARY

“Jean-Charles Sournia and the History of the Arabic Medicine”.

Gérard Troupeau is a Professor at the “Ecole Pratique des Hautes Etudes et aux Langues Orientales”. He is a well-known friend of the family. He has a perfect knowledge of the books of the XI^o century Arabic Medicine. With J. C. Sournia he contributed to create a circle of specialist students of the History in Arabic Medicine.

Le professeur Jean-Charles Sournia fondateur du Service Médical et de la Revue de l'Assurance Maladie *

par Georges ROBERT **

Le professeur Sournia a patronné mon entrée à la Société française d'Histoire de la Médecine il y a une vingtaine d'années, aussi, ayant longtemps travaillé à la Caisse Nationale de l'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés je me fais un devoir de rappeler le rôle qu'il a joué au moment de la création de la Caisse et dont l'actualité reste entière aujourd'hui.

C'est avec la réforme de la Sécurité Sociale par les Ordonnances de 1967 que le Professeur Sournia a été amené à occuper des fonctions en son sein.

Le principe de la gestion par branche avait été adopté avec les branches Maladie, Vieillesse, Allocations Familiales. La Maladie était gérée à partir de ce moment par la Caisse Nationale de l'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés (CNAMTS).

Les médecins avaient été jusqu'alors rattachés aux Caisses Régionales.

Le Directeur de la Caisse Nationale, Monsieur Prieur, et le Professeur Sournia, nommé en 1969, entreprenaient d'organiser, conformément au décret du 30 avril 1968, un Service National dirigé par l'Échelon National du Service Médical (ENSM) placé sous la direction du Médecin Conseil National : le Professeur Sournia.

En même temps, Jean-Charles Sournia créait en 1970, la Revue Médicale de l'Assurance Maladie, associée à l'ENSM.

Dans le premier numéro de la Revue il entreprenait de définir le rôle du médecin-conseil de l'assurance maladie.

Rappelant d'abord que le système d'assurance de la France intéresse la presque totalité des citoyens avec une médecine devenue plus scientifique mais générant un accroissement des charges financières, il remarquait que cette organisation avait besoin d'un contrôle confié à des hommes désintéressés et compétents les praticiens conseils de l'Assurance Maladie, ainsi destinés à occuper une place importante dans l'évolution de la médecine en France.

* Comité de lecture du 30 juin 2001 de la Société française d'Histoire de la Médecine.

** 46 rue Saint Maur, 75011 Paris.

Il tenait à confirmer que l'Assurance Maladie est par nature une affaire médicale dont les dépenses ont pour cause la maladie et la thérapeutique, aussi les praticiens conseils qui ont la formation de médecins sont-ils d'abord au service du malade, leur service comportant également une information du patient sur ses droits conformément aux lois et règlements en vigueur.

Le médecin conseil a donc un double devoir médical et juridique vis-à-vis des malades, son métier lui donne des responsabilités vis-à-vis de la société.

Le professeur Sournia prévoyait que l'évolution des prochaines années associerait la médecine libérale et l'assurance maladie.

Le praticien conseil devrait suppléer auprès des patients le médecin traitant qui ne peut recenser toutes les ressources ou services qu'offre la société dans de multiples domaines.

Les maladies ou les accidents perturbent l'équilibre de l'individu, il faut l'aider à reprendre sa place parmi les siens, retrouver ses capacités, retourner parmi ses compagnons de travail ou apprendre un nouveau métier, cela constitue une nouvelle spécialité "la médecine sociale".

Le médecin conseil au sein de l'administration sanitaire se trouve être l'une des personnes les mieux informées, ayant connaissance des actes médicaux pratiqués et disposant de leurs diagnostics.

L'ensemble des données rassemblées permettrait d'évaluer le développement médical dans chaque région, de mesurer l'ampleur d'une affection dans une catégorie de citoyens.

L'exploitation de ces renseignements paraissait très insuffisante et J.-Ch. Sournia souhaitait son développement et son approfondissement.

Le Médecin Conseil National estimait que l'assurance maladie devait être considérée comme une entreprise mais dont les recettes ne sont pas fixées par elle et les dépenses variables avec la demande de soins qui ne saurait faire l'objet d'une réglementation, sachant, par ailleurs, que les prévisions sur l'évolution de la pathologie seront toujours imparfaites.

Il considérait que notre société fait une mauvaise consommation de la médecine en matière de médicaments, d'examens superflus, de jours de repos ou d'hospitalisation non justifiés.

Son souci était de mieux utiliser les moyens financiers mis en œuvre.

Il précisait son intention en ce qui concerne la création de la "Revue Médicale de l'Assurance Maladie".

Eviter l'isolement des médecins conseils, favoriser la mise à jour médicale et juridique grâce au concours de maîtres de la médecine, établir un lien entre les personnels du service médical.

Cette revue dans laquelle j'ai eu l'honneur de publier une série d'articles historiques dans les années 1980, a, aujourd'hui, acquis une notoriété certaine.

L'œuvre du Professeur Sournia au sein de l'assurance maladie se prolonge avec l'action du Service Médical et de la revue qui sont des acteurs toujours présents de la politique de santé en France.

INTERVENTION : Déclaration de Monsieur Christian Prieur ancien directeur de la Cnamts*

Dans le riche parcours du professeur Sournia, je voudrais évoquer les dix ans (1969-1979) pendant lesquels il a été à mes côtés le premier Médecin Conseil National de la Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés.

Rappelons tout d'abord que le vaste projet de P. Laroque, en 1945, tendant à créer un régime de Sécurité Sociale unique couvrant tous les Français contre tous les risques (Maladie, Accidents du Travail, Invalidité, Retraite et Charges Familiales) n'a jamais pu se mettre en place en raison des profondes divisions de notre corps social, opposant salariés et non salariés, fonctionnaires, agents du secteur nationalisé et salariés du secteur privé.

Il subsistait de cette grande vision, un régime dit "général" couvrant les salariés du seul secteur privé contre les risques principaux de l'époque d'après-guerre : maladie, accidents du travail, vieillesse et charges familiales mais excluant le chômage ! C'est ce régime qui a commencé à avoir des problèmes de financement au milieu des années 1960 sans que l'on puisse distinguer quel était le risque qui était à l'origine du déficit. D'où la grande réforme de 1967 qui avait pour objet essentiel de séparer les risques, c'est-à-dire d'identifier les recettes affectées à un risque et les charges de ce risque, en créant les Caisses Nationales.

La Caisse Nationale d'Assurance Maladie héritait du corps des médecins contrôleurs, des anciennes caisses primaires et régionales, ensemble de médecins, sans doctrine nationale, concentrés sur le contrôle ponctuel des prestations des assurés sociaux, sans appréhension globale du fonctionnement du système de soins. C'est pourquoi la réforme de 1967, qui supposait que la nouvelle Caisse Nationale analysât les dépenses de santé remboursées afin de mieux les maîtriser, constituait l'ensemble des médecins conseils en un corps national, rattaché à la Caisse Nationale, à son conseil d'administration et à son directeur, ayant à sa tête pour concrétiser son indépendance technique, un Médecin Conseil National, chargé de son animation et de l'élaboration d'une doctrine.

Jean-Charles Sournia a siégé, à mes côtés, pendant dix ans, au conseil d'administration de la CNAMTS qui a rapidement pris conscience de la valeur du médecin conseil national, de son humanité, de son intelligence et sa curiosité sans cesse en éveil et de sa volonté de faire du service médical un outil, certes techniquement indépendant, mais profondément ancré dans l'assurance maladie. Nous nous sommes entendus parfaitement pendant ces dix années et nous avons fait énormément de travail en parfaite intelligence.

Pour ne citer que quelques grands dossiers, j'évoquerai la première circulaire doctrinale n° 84 du 15 octobre 1970 adoptée par le conseil d'administration qui a introduit la sélectivité dans l'activité du corps des praticiens conseils avec l'ambition de dégager du temps en limitant les contrôles obligatoires, pour que le service médical consacre une part plus importante de son action à l'analyse du fonctionnement qualitatif et quantitatif du système de soins. J.-Ch. Sournia écrivait dans une note de 1978 au moment où l'informatisation des caisses commençait à prendre de l'ampleur : "Pour que le service médical soit parfaitement utile, il devra savoir les diagnostics des consommateurs de

* 51 rue Galilée, 75116 Paris.

soins, rechercher le coût des principales maladies, évaluer la qualité des services rendus par les professions de santé et les établissements de soins, étudier les facteurs de risque et leur évolution en vue de leur prévention. Il devra pour la médecine de ville comme pour les hospitalisations faire le rapprochement - prescripteurs - prescriptions et actes - clientèles - établissements, afin de mieux apprécier et permettre de guider les offres et les consommations”.

Dans son souci d'efficacité, le professeur Sournia a non seulement mis en place les grandes enquêtes transversales - la première journée du K en 1977, la semaine du D, les modalités de l'exercice en groupe - mais s'est appliqué à renforcer la formation continue des praticiens conseils.

Je dois également évoquer le travail de titan effectué en deux ans par l'échelon national du service médical en liaison avec les sociétés savantes sous la houlette de la Commission permanente de la nomenclature. “Avec le temps, la nomenclature était devenue un instrument usé, écorné, incompréhensible pour les uns et merveilleusement appliqué par d'autres, déformé, interprété, orné de notes marginales sous formes de lettres ministérielles ou de circulaire, agrémenté et additionné d'assimilations comblant ses lacunes, inadapté à plusieurs formes récentes d'exercice de la médecine. Il fallait émonder, élaguer, simplifier, retrancher, ajouter, innover”. (Pr J-Ch. Sournia).

Cette remise à jour avait été annoncée par la convention nationale de 1971 : elle a été publiée au J.O du 31 mars 1972. “Bien que conservant des similitudes avec les anciennes nomenclatures, un travail important de remise à jour, en regard de l'évolution des techniques médicales, a été effectué. Les méthodes de diagnostic sont mieux prises en compte. Il s'ensuit un nouveau découpage de la nomenclature qui touche à sa philosophie même : ce n'est plus la spécialité qui est mise en avant mais l'acte lui-même. L'acte est hiérarchisé en tant que tel, quelle que soit la technique utilisée pour le réaliser. Ce qui prime c'est l'objectif thérapeutique et non le moyen pour y parvenir.

Grâce à la prudence de sa réalisation, la nouvelle nomenclature paraît à ses auteurs, plus claire, plus simple, plus rationnelle... c'est un véritable assainissement qui a été réalisé ; il devrait prévenir les interprétations erronées et pas toujours désintéressées”, écrira le professeur J.-Ch. Sournia en 1972.

On peut dire, en l'an 2000, que la nomenclature, actuellement en vigueur, qui est celle de 1972, complétée par de nombreuses modifications de détail, mérite les mêmes appréciations que celles de 1960. Un nouveau travail de refonte est nécessaire.

Autre dossier majeur : le contrôle de l'hospitalisation qui était un souci du médecin conseil national. Il écrivait en 1974 dans le “*Globule*” : “La loi hospitalière de décembre 1970 a augmenté dans la gestion des hôpitaux, la responsabilité des animateurs de l'assurance maladie, administrateurs, membres des services administratifs, praticiens conseils. Les frais d'hospitalisation représentant près de la moitié des dépenses de soins, les médecins conseils doivent de plus en plus s'intéresser au contrôle des établissements de soins et donc sont contraints de délaisser le contrôle des prestations ayant moins de portée financière : on regrette que la hiérarchie du contrôle médical n'ait pas parfaitement compris cette évidence.

Certains médecins conseils s'alarment de ce qu'ils appellent leur “peu d'efficacité” dans le contrôle des établissements publics et regrettent la qualité de l'accueil qui leur

est parfois réservé par les médecins hospitaliers : qu'ils se rassurent ! Leur courage, leur compétence et leur adresse aidant, leur place grandit tant auprès des directeurs d'établissement que des présidents de commissions médicales consultatives et des chefs de services, car ceux-ci savent bien qu'en dépit de l'autorité apprêtée de quelques-uns, la Sécurité Sociale est indispensable au fonctionnement et à l'équipement des services, et que les médecins-conseils peuvent grandement les aider en orientant l'action sanitaire et sociale des caisses pour le meilleur équipement sanitaire du pays". Que de progrès accomplis depuis dans ce domaine !

Enfin, je ne saurais oublier la part prise par J.-Ch. Sournia dans la négociation puis dans l'application de la Convention Nationale de 1971 entre les régimes d'assurance maladie et les organisations syndicales de la médecine de ville. Le nouveau contrat insérait les médecins conseils comme des acteurs essentiels dans le fonctionnement des commissions médico-sociales paritaires qui devaient mettre en œuvre l'autodiscipline professionnelle que les syndicats médicaux avaient acceptée, notion qui est devenue le "bon usage des soins" dans la convention de 1980 avec la création des comités médicaux paritaires locaux.

Voilà quelques-uns des sujets sur lesquels nous avons travaillé ensemble en parfaite entente intellectuelle pendant une décennie. Bergson disait qu'"il faut penser en homme d'action et agir en homme de pensée" ; je peux témoigner qu'en tant que conseiller médical de la CNAMTS et patron du Contrôle médical, c'est ce que J.-Ch Sournia a fait avec éclat pendant dix ans. Je garde un excellent souvenir de notre collaboration et quand le professeur Sournia a été nommé directeur général de la santé, j'ai regretté le départ de l'ami qu'il était devenu tout en me réjouissant de le voir appelé à de hautes fonctions dans l'administration sanitaire du pays.

"L'administration centrale de la médecine, responsable de si grosses dépenses avec si peu de moyens fait figure dans le monde administratif d'un Pentagone de carton" écrivait J.-Ch. Sournia dans son ouvrage "*Ces malades qu'on fabrique*". Il sera resté trop peu de temps au Ministère pour faire évoluer une situation qui ne commencera à bouger qu'au début des années 1990 avec le drame du sang contaminé.

RÉSUMÉ

Le Professeur Jean-Charles Sournia, fondateur du "Service Médical" et de la "Revue de l'assurance maladie".

L'œuvre du professeur Sournia au sein de l'assurance maladie se prolonge avec l'action du Service médical et de la Revue qui sont des acteurs toujours présents de la politique de santé en France.

SUMMARY

Professor Jean-Charles Sournia, as the founder of "le Service Médical" and "la Revue de l'Assurance Maladie".

Professor Sournia's work extended to his acting in "le Service Médical" and "la Revue" which are always parts of the French Health Policy.

Le rôle de Jean-Charles Sournia en terminologie médicale *

par Maurice CARA **

Monsieur Alain Lellouch a pris contact avec moi, en tant que Président du Comité d'Etude des Termes Médicaux Français, pour participer à cette séance à la mémoire de mon confrère et ami, Jean-Charles Sournia. Je dois vous exposer sa participation importante au développement de la terminologie médicale française. Je suis très honoré de votre choix et ferai de mon mieux pour traiter le sujet qui m'est imparti en évitant de sortir de ce cadre afin de respecter mon temps de parole et pour éviter des redites avec les exposés des orateurs plus qualifiés que moi qui font l'éloge de Jean-Charles Sournia mieux que je ne saurais le faire.

Au cours de sa carrière, Jean-Charles Sournia a d'abord été formé à la rigueur de langage par ses maîtres lyonnais, anatomistes et chirurgiens. Ses séjours à l'étranger et son goût naturel pour la précision du langage médical l'ont orienté vers l'étude de l'histoire et la terminologie. En 1948, une bourse d'étude auprès du Professeur Crawford à Stockholm pour son perfectionnement en chirurgie thoracique a été le tournant de sa vocation : il rencontra à l'ambassade de France une jeune attachée suédoise passionnée de littérature française, d'histoire et d'archéologie, qu'il épousa. Ensuite, après un autre séjour d'étude aux Etats-Unis d'Amérique, sa carrière chirurgicale le conduisit au Proche-Orient où il se familiarisa avec l'archéologie, l'histoire ancienne et les langues.

En 1950, il a assuré le remplacement du chirurgien du canal de Suez à Ismaïlia, puis en 1954, il a été détaché comme chirurgien à Alep et à Damas. En 1955, reçu à l'agrégation de pathologie chirurgicale, il resta à Lyon quelques temps. Puis il a été détaché pour enseigner l'anatomie, la pathologie chirurgicale et la chirurgie thoracique à Damas et à Beyrouth de 1957 à 1958. Il se familiarisa sur le terrain avec l'histoire de la médecine antique et arabe. De retour en France comme professeur de chirurgie à Rennes (1959-1969), il réfléchit beaucoup et fit œuvre d'analyste, de logicien et de moraliste en publant "Logique et morale du diagnostic" en 1961. C'est à partir de cette date qu'il commença vraiment à se consacrer au langage médical.

* Comité de lecture du 30 juin 2001 de la Société française d'Histoire de la Médecine.

** 6 rue Dulac, 75015 Paris.

Passionné de lexicologie et de taxinomie, Jean-Charles Sournia était très attentif au vocabulaire médical, il fit partie d'un groupe d'amis qui partageaient ses idées. Sous l'impulsion d'Alexande Manuila, rédacteur en chef à l'OMS, et de son voisin à Saint-Etienne, le chirurgien Daniel Eyrard, ce groupe s'est constitué en "Comité d'Etude des Termes Médicaux Français, "CLAIR-DIRE"*, société déclarée le 13 janvier 1965 à la préfecture de Saint-Etienne : Président Professeur Maurice Lamy**, Vice-Présidents Jean-Charles Sournia et Marcel Monnerot-Dumaine, Secrétaire Général Daniel Eyrard. En 1975, après la mort du Professeur Lamy, Jean-Charles Sournia devint Président, puis Président d'honneur du Comité, quand le professeur Guerre lui succéda. Lorsque j'ai connu le Comité, il se réunissait cinq fois par an, le dimanche à l'Hôpital des Enfants-Malades dans l'amphithéâtre du service de Chirurgie infantile du Professeur Fèvre : avant 1968, on travaillait encore le dimanche dans les hôpitaux !

Ensuite du fait de la participation de Jean-Charles Sournia avec le CILF (Conseil International de la Langue Française) dirigé par Monsieur Hubert Joly, les réunions du Comité se sont tenues, le soir et en semaine, au siège du CILFF, 103, rue de Lille à Paris, puis au siège des Laboratoires Roussel, rue de Vaugirard. Après avoir succédé au Professeur Guerre à la présidence du Comité, j'ai ramené les séances à l'Hôpital Necker-Enfants Malades lorsque les Laboratoires Roussel ont abandonné ce siège. Les séances se tiennent maintenant le jeudi soir dans les locaux de mon ancien service au SAMU de Paris qui, fonctionnant 24 heures sur 24, garde une salle d'enseignement ouverte la nuit.

J'ai aussi succédé au regretté Professeur Jean-Louis Parrot, Membre de l'Académie Nationale de Médecine, à la direction du Club Ambroise-Paré, section médicale de l'association Défense de la Langue Française (DLF) présidée par Jean Dutourd, de l'Académie Française. Pour des raisons d'efficacité, le Comité a adhéré à DLF et y assure le fonctionnement de sa section médicale, le Club Ambroise-Paré. De ce fait notre siège social a été transféré au 8, rue Roquépine, au siège de DLF. Le docteur Jacques Lefèvre, médecin anesthésiologue à Necker assure avec beaucoup de zèle le

* Les statuts du Comité d'Etude des Termes médicaux français, ont été déposés à Saint-Etienne, premier siège social. Ils indiquent la composition suivante :

Président : Dr Maurice Lamy, professeur de Pédiatrie aux Enfants-Malades à Paris.
Vice-Présidents : Dr Marcel Monnerot-Dumaine, de l'Institut d'Egypte, Maître de Conférence honoraire (Nice),
Dr. Jean-Charles Sournia, Professeur à la Faculté de Médecine de Rennes,
Secrétaire général : Dr Daniel Eyrard, à Saint-Etienne,
Trésorier : Dr Georges Durand, Vice-Président de l'association France-Canada, Paris,
Membres : M. Alain Guillermou, Professeur à l'Ecole nationale des Langues orientales, Paris,
Dr Robert Clément, Membre de l'Académie Nationale de Médecine (1961),
Dr Jean Guerre, futur Professeur, Rédacteur en chef de "l'Hôpital",
Dr Alexandre Manuila, rédacteur en Chef des Publications techniques de l'OMS., (résidant à Saint-Etienne),
Dr André Raiga-Clémenceau, Rédacteur en chef des Archives hospitalières, Paris,
Dr Jean Valette, Assistant d'anesthésiologie des Hôpitaux de Paris (Maltais d'origine il était polyglotte, Français, Anglais, Italien. Il devint ultérieurement trésorier du Comité. C'est lui qui m'a fait entrer au Comité où je lui ai succédé comme trésorier après sa mort).

** Le Professeur Maurice Lamy devint membre de l'Académie Nationale de Médecine en 1966. Il fut Secrétaire perpétuel à partir de 1973 jusqu'à sa mort en 1975.

Secrétariat Général du Comité. Le Professeur Jean Guerre, reste le seul survivant des fondateurs du Comité d'Etude des Termes Médicaux Français, "clair-dire", pour long-temps espérons-nous.

Dès sa constitution ce Comité a joué un grand rôle dans la terminologie médicale : il a formé le noyau des rédacteurs du grand Dictionnaire des Termes Médicaux en deux grands volumes de Manuila (première édition 1970) dans lequel Jean-Charles Sournia a rédigé près de huit cents entrées. Le biochimiste, Jacques Polonovski, a participé à cette édition ; devenu Professeur de chimie à la Faculté de médecine, puis Membre de l'Académie Nationale de Médecine (1984), il a succédé à Jean-Charles Sournia à la direction du Dictionnaire de l'Académie de Médecine.

En 1969 Jean-Charles Sournia abandonna la chirurgie : il rentra à Paris car il avait été nommé Médecin Conseil National de l'Assurance Sociale. A ce poste, qu'il occupa jusqu'en 1978, avant d'être nommé Directeur Général de la Santé au Ministère de la Santé (1978-1980) où il a présidé la Commission de Terminologie et de Néologie du ministère de la Santé (Décret du 9 janvier 1972, Arrêté du 7 décembre 1977). Le Professeur Alain Laugier, lui a succédé en 1997. Comme Médecin Conseil de la Sécurité Sociale, Jean-Charles Sournia s'est attaché à la révision de la nomenclature des actes médicaux et il a veillé à ce que des termes corrects et sans ambiguïté soit utilisés. Cet effort s'est poursuivi jusqu'à la veille de sa mort. Se sentant affaibli par la maladie, il m'avait demandé il y a deux ans de l'aider à cette tâche : la Classification Commune des Actes Médicaux (CCAM, Tome 1, daté de décembre 2000) portant sur 7 500 actes vient de paraître. Ce travail doit servir de document pour le projet de recherche européenne GALEM (*Generalised Architecture for Languages, Encyclopedias and Nomenclature in Medicine*) préparé par la pré-norme européenne CEN TC 251.

En 1983 Jean-Charles Sournia a été élu à l'Académie Nationale de Médecine où il a succédé à Jean-Louis Parrot comme Président de la 17e Commission, Langue française. En 1994, il a demandé que je prenne sa suite. Il s'est alors consacré à la direction de la rédaction du Dictionnaire de l'Académie de Médecine dont le premier tome (ORL) parut en 1997 (5 tomes déjà parus, 4 autres présentés le 26 juin 2001 à l'Académie de médecine seront disponibles et les 4 derniers paraîtront avant la fin de l'année).

Après son entrée à l'Académie de médecine, Jean-Charles Sournia a publié plusieurs livres sur l'histoire de la médecine, il a aussi publié de nombreux petits dictionnaires : Dictionnaire des Personnes Agées et de la Retraite (1984), d'Alcoologie (1989), de la Santé Publique (1991), des Assurances sociales (1992), etc.

Le rôle principal de Jean-Charles Sournia en matière de terminologie médicale a été de mettre en rapport un ensemble d'organismes avec le Comité d'Etude des Termes Médicaux : Comité de Terminologie et de Néologie du Ministère de la Santé, actuellement compétent pour tout le ministère de la Solidarité et la Santé, XVIIe Commission (Langue Française), de l'Académie de Médecine, Fichier de Berne, Office de la Langue française du Québec, Fédération Universelle de la Langue Française (organisatrice des Biennales), Association française de Terminologie, AFNOR, Comité d'Etude des Termes Techniques, etc.. Le grand intérêt du Comité d'Etude des Termes Médicaux est de faire participer les jeunes médecins et pharmaciens aux discussions terminologiques et de permettre aux jeunes générations de faire passer leur point de vue aux organismes gouvernementaux.

Rien n'est parfait, entraîné par la position du Conseil International de la Langue Française, favorable à la réforme de l'orthographe, Jean-Charles Sournia a favorisé l'emploi de graphies contestables dans les Dictionnaires de l'Académie de Médecine, ce qu'Alain Larcan a relevé au passage dans son Eloge funèbre prononcé le mois dernier devant l'Académie de Médecine.

Mais il s'agit là d'une fantaisie qui ne me paraît pas très grave, c'est plutôt un dernier pied de nez de notre malicieux ami. Je retiendrai seulement son image souriante, malicieuse et fine d'érudit très subtil dans ses argumentations et porteur d'une immense culture. Il a donné une contribution majeure à la terminologie médicale, évitant la polysémie, les mots trop mal construits et les anglicismes inutiles. Comme il n'était pas sectaire, il admettait les néologismes apportés par la littérature anglophone, quand ils sont justifiés, ce qui n'est pas toujours le cas. Il nous laisse un solide héritage à défendre.

RÉSUMÉ

“Le rôle de Jean-Charles Sournia en terminologie médicale”.

Les séjours de J.-Ch. Sournia au Moyen-Orient, ses contacts avec les services de traduction de l'OMS, son goût pour la philologie et l'histoire ainsi que l'influence de sa femme d'origine suédoise, lui ont permis d'acquérir une vaste connaissance des langues et des civilisations. Aussi, après avoir été élu, en 1984, membre de l'Académie Nationale de Médecine, il devient rapidement président de la Commission de la Langue Française... A partir de 1994, J.-Ch. Sournia a été l'initiateur du Dictionnaire de l'Académie de Médecine. Les 15 tomes de cet ouvrage rassemblent, par spécialité, l'ensemble du vocabulaire médical : cinq sont déjà parus, plusieurs sont sous presse. Malheureusement, notre regretté confrère ne verra pas l'achèvement de cette collection qu'il a préparée et dirigée d'une main ferme jusqu'à son dernier jour... Avant d'entreprendre le Dictionnaire de l'Académie de Médecine, il dirigea la parution de plusieurs petits dictionnaires portant sur des domaines spécialisés : dictionnaires d'Alcoologie, de la Santé publique, de Génétique...

Enthousiaste, érudit, malicieux et élégant, J.-Ch. Sournia perpétuait l'humanisme médical et luttait contre la déshumanisation de la médecine. La disparition inopinée de mon ami prive l'élite médicale d'un ardent défenseur de la langue française et d'un penseur qui avait beaucoup réfléchi sur l'évolution et l'avenir de la médecine. Il laisse à tous ceux qui étaient attelés à la même tâche, celle ardue de mener à bien l'achèvement de l'œuvre entreprise et de continuer son action”.

SUMMARY

Jean-Charles Sournia's role and the medical terms

Not only J.-Ch. Sournia's stayed in the Middle East but his feeling for foreign languages allowed him to acquire a wide-ranging knowledge in languages and civilisations. So, after he has been elected Member of “Académie Nationale de Médecine”, he became the Chairman of the French Language Committee. He directed the edition of the Dictionaru of the Academy of Medicine he could not lead to its achievement.

As an enthusiastic and smart scholar, J.-Ch. Sournia carried on the idea of a humane practise of medicine. He often thought of the future and the evolution of medicine and his successors have to carry on his work.

Le professeur Jean-Charles Sournia et la Société Internationale d'Histoire de la Médecine *

par Jean-Pierre TRICOT **

Les premières années (1964-1974)

Quoiqu'originaire de Bourges, centre de l'hexagone français, les horizons du docteur Jean-Charles Sournia ne se limiteraient jamais à ceux de la métropole. Après une dizaine d'années comme interne à la clinique chirurgicale de Lyon, il séjourna au Moyen-Orient entre 1953 et 1959. La culture, l'histoire et la médecine orientale l'avaient déjà suffisamment imprégné pour que plusieurs années après il y consacrât deux livres : l'un publié en 1966 en collaboration avec son épouse Marianne : "L'Orient des premiers chrétiens : histoire et archéologie de la Syrie byzantine" et l'autre vingt ans plus tard, en 1986 : "Médecins arabes anciens du Xe au XIe siècle".

De retour de son périple syrien et libanais, Sournia se vit confier en 1959 la chaire de chirurgie à la Faculté de médecine de Rennes. Il y restera jusqu'en 1969. Entre-temps il y succéda en 1964 à la chaire d'Histoire de la Médecine qui y avait été créée peu de temps auparavant par son prédécesseur le Pr Huard.

C'est aussi au début des années 1960 qu'il devint membre de la Société Internationale d'Histoire de la Médecine. Dans la liste alphabétique des membres français de la Société Internationale d'Histoire de la Médecine éditée en 1972 nous le retrouvons mentionné entre Roger Rullière et André Soubiran d'une part, Jean Théodoridès et Jean Turchini de l'autre.

Représentant de la France (1974-1980)

A partir de 1974, année où le délégué national yougoslave à la Société Internationale d'Histoire de la Médecine, un certain Mirko Grmek, de sept ans son cadet, fut élu vice-président, Jean-Charles Sournia devint délégué national de la France au sein du Conseil d'administration de cette société, Conseil dont il fera partie sans interruption - toutefois

* Comité de lecture du 30 juin 2001 de la Société française d'Histoire de la Médecine.

** Président de la Société Internationale d'Histoire de la Médecine. Vrijheidstraat 19, 2000 Antwerpen, Belgique.

dans plusieurs fonctions différentes - jusqu'en 2000, année de son décès. Ainsi aura-t-il laissé une empreinte personnelle et durable sur la Société Internationale d'Histoire de la Médecine durant tout le dernier quart du siècle du second millénaire. Etant moi-même membre depuis 1975, j'ai eu l'honneur et le privilège de pouvoir le côtoyer à plusieurs reprises. Les deux premières années du Pr Sournia au sein du Conseil d'administration furent des années d'observation.

En 1976 un problème linguistique secoua la société. Le vice-président américain, Mme D. Weiner, déclara trouver logique que les comptes rendus de la Société Internationale d'Histoire de la Médecine, jusqu'alors unilingue francophone, fussent également publiés en anglais, ce qui lors du Conseil d'administration de l'année suivante provoqua controverses et discussions entre les Français Simon, Turchini, Grmek et Sournia, les deux derniers étant favorables à la proposition américaine qui fut adoptée à l'essai.

En juin 1978 le Pr Sournia fut élu vice-président de la Société Internationale d'Histoire de la Médecine, remplaçant le Pr Grmek dont le mandat touchait à son terme. Le Canadien De La Broquerie Fortier, qui en 1976 avait organisé le premier congrès sur terre américaine, était encore toujours président, les trois autres vice-présidents étant l'américaine Dora Weiner, l'italien Luigi Stroppiana et le libanais Farid Haddad.

La vice-présidence constituant en général un excellent tremplin pour pouvoir poser sa candidature afin d'organiser un Congrès International, il est logique qu'en 1979 le Conseil d'administration de la Société Internationale d'Histoire de la Médecine confia à Sournia le soin de mettre sur pied en 1982 le XXVIIIème Congrès International d'Histoire de la Médecine à Paris. En 1979 il préconisa de nouer des contacts avec la revue "Clio Medica" pour qu'elle se fit l'écho des manifestations médico-historiques de par le monde et de l'activité déployée par la Société Internationale d'Histoire de la Médecine.

Président de la Société Internationale d'Histoire de la Médecine (1980-1984)

En juin 1980 Jean-Charles Sournia fut élu dixième président de la Société Internationale d'Histoire de la Médecine. Il comptait trois Français parmi ses prédécesseurs : Maxime Laignel-Lavastine qui présida aux destinées de la société de 1946 à 1953, Ernest Wickersheimer de 1953 à 1964 et Maurice Bariéty de 1968 à 1971. Durant sa présidence Sournia fut admirablement secondé par deux autres Français : Louis Dulieu en tant que secrétaire général et Isidore Simon comme trésorier.

Au cours de l'Assemblée Générale tenue lors du Congrès de Barcelone de 1980, le Pr Weiner, devenue entre-temps déléguée nationale des Etats-Unis, revint à la charge en ce qui concerne la révision des statuts et l'introduction de l'anglais comme langue officielle. Il fut décidé de traduire les statuts et deux ans après, au Congrès de Paris de 1982, J.-C. Sournia institua une commission présidée par lui-même, pour faire des propositions de changement des statuts à soumettre à l'approbation des délégués nationaux et de l'Assemblée Générale.

Malgré de nombreuses controverses, ce projet de nouveaux statuts - les précédents datant de 1965 - fut rédigé et envoyé en 1983 à tous les membres, pour ensuite être adoptés à une écrasante majorité lors du Congrès du Caire de 1984. Dans ces nouveaux

statuts le rôle et la responsabilité des délégués nationaux furent sensiblement renforcés, la procédure d'acceptation de nouveaux membres simplifiée et la langue anglaise introduite comme une des deux langues officielles de la Société Internationale d'Histoire de la Médecine. Ceci contribua certainement à donner un nouvel élan cosmopolite à cette société, jusqu'alors essentiellement axée sur l'Ancien Monde. Loin de Mr Sournia l'idée de reléguer au second plan l'utilisation de la langue française. Non seulement directeur de plusieurs dictionnaires - ouvrages collectifs (Alcoolologie 1987, Génétique 1991, Santé Publique 1991) il fut également toujours un ardent défenseur de l'usage de la langue française en médecine. Déjà en 1973 il avait écrit "*Le langage médical moderne*". Toutefois, et je cite ici le Dr Alain Ségal, en refondant les statuts, "*il recherchait toujours l'intérêt premier de la Société Internationale d'Histoire de la Médecine. Sa sagesse et son sens de ce qu'il convient de faire a toujours servi l'ensemble de notre communauté internationale*".

Le 28 décembre 1984 les nouveaux statuts furent adoptés à l'unanimité par l'Assemblée Générale réunie au Caire à l'occasion du XXIXème Congrès International. Jean-Charles Sournia qui, fait exceptionnel dû à la date tardive du congrès du Caire, avait déjà participé à trois congrès internationaux en tant que président de la Société Internationale d'Histoire de la Médecine, ne souhaita pas renouveler son mandat. Le Pr Hans Schadewaldt de Düsseldorf lui succédera à la tête de la Société Internationale d'Histoire de la Médecine pour les huit prochaines années (1984-1992). Louis Dulieu (1964-1990) et Isidore Simon (1964-1990), collaborateurs de la première heure, seront également remplacés par deux autres Français qui firent leur entrée au Bureau : Marie-José Imbault-Huart (1984-1990) au secrétariat général et Claude Roussel (1984-1990) à la trésorerie.

Président du Congrès de 1982

Revenons un peu en arrière. Ayant à peine terminé son mandat de Directeur Général de la Santé (1978-1980), venant d'être nommé Conseiller d'Etat en Service Extraordinaire (1980-1984) le Pr Sournia s'attela à l'organisation d'un des plus éblouissants congrès internationaux d'Histoire de la Médecine : le XXVIIIème, qui se tint à Paris, dans les locaux de la Faculté de Médecine de la rue des Saint Pères, du 28 août au 3 septembre 1982.

Connaissant son curriculum académique et officiel on ne peut s'étonner du fait que l'Histoire de la Santé Publique en fut un des trois thèmes principaux. Toutefois le Pr Sournia se posa alors la question "*Pourquoi n'en a-t-on pas parlé plus tôt ?*". Il y voyait trois raisons : l'aspect récent du concept, une médecine de la collectivité ne s'occupant pas seulement des malades et le fait qu'il s'agissait d'un domaine mal limité. Une note prémonitoire pessimiste concluait déjà le chapitre qu'il avait écrit sur l'Histoire de la Santé Publique dans l'ouvrage collectif "Histoire Générale de la Médecine" : "*Nous ne savons pas si un jour la mauvaise santé des pays pauvres n'aura pas de répercussions sur celle des pays opulents*"... "*la médecine sociale est (donc) devenue une nécessité de notre civilisation*". Lors du congrès de Paris il constata que : "*L'histoire de la Santé Publique est liée aux mouvements intellectuels et aux mentalités du moment, à la vie économique du pays et est surtout liée à la politique*". C'est pour cette raison que Sournia exprimait le désir que "*les prochains historiens de la médecine sociale fussent plus nombreux*".

Le Professeur Sournia avait également fait de "La communication en médecine" un des thèmes majeurs de son congrès de 1982 et avait expliqué auparavant son engouement pour ce sujet dans son chapitre "Histoire du Langage Médical", paru dans le même ouvrage collectif précité "Histoire Générale de la Médecine" : "Jamais on n'a observé d'innovation scientifique sans innovation linguistique. Le langage médical reflète une époque, une personne, une doctrine, un moment dans l'histoire de la médecine". Dans la dernière conférence inaugurale "L'histoire du corps et la médecine" qu'il prononça à Bruxelles le 7 mai 1999 au Colloque international "Hippocrate et sa Postérité", le Pr Sournia souligna les difficultés de communication que rencontre le médecin en tout temps : "Le médecin est un médiateur entre sa médecine qu'il s'efforce de rendre rationnelle, et une culture traditionnelle irrationnelle, liée à une société et à une culture auxquelles il appartient".

Enfin le troisième thème du congrès parisien fut celui de l'Histoire de la thérapeutique et du médicament, magistralement introduit par le Pr Jean Bernard de l'Académie Française et de l'Académie de Médecine.

Pour l'organisation de ce congrès qui réunit 351 participants (là où le précédent de Barcelone de 1980 en comptait 230 et le suivant du Caire de 1984 en dénombrerait 157) le Pr Sournia fut entouré d'une solide équipe avec entre autres le Pr Roger Rullière comme secrétaire général et le Dr Claude Roussel comme trésorier. Une traduction simultanée des communications était assurée. Celles-ci étaient également enregistrées sur cassette que les congressistes pouvaient se procurer immédiatement après les interventions.

Une innovation dans la Société Internationale d'Histoire de la Médecine : des 202 communications proposées, 60 furent rejetées par le comité d'organisation. Sournia préférait de loin la qualité à la quantité. Autre gageure respectée : les Actes du Congrès furent publiés dans l'année qui suivit grâce aussi à la collaboration de la Société Française d'Histoire de la Médecine et des responsables de sa revue "Histoire des Sciences Médicales".

Le congrès de Paris fut agrémenté d'un programme social exceptionnel : des expositions uniques de manuscrits médicaux à la Bibliothèque Nationale et d'ouvrages anciens de la Bibliothèque interuniversitaire de médecine au Musée d'Histoire de la Médecine, des visites guidées aux hôpitaux historiques de Paris et aux musées médico-historiques de la capitale, des réceptions fastueuses à l'Automobile-Club de France, Place de la Concorde et à l'Hôtel de Ville de Paris, ainsi que d'un banquet de clôture mémorable au Centre Beaubourg-Pompidou et d'une excursion au Château de Chantilly.

Eminence grise de la Société Internationale d'Histoire de la Médecine (1984-2000)

Jusqu'à la fin de sa vie le Pr J.-C. Sournia continuera dans l'ombre à exercer une grande influence sur les activités de la Société Internationale d'Histoire de la Médecine. Aucun de ses trois successeurs, l'allemand Hans Schadewaldt (1984-1992), le gallois John Cule (1992-1996), ou l'américaine Inez Violé O'Neill (1996-2000) ne manquait de le consulter avant de prendre une décision importante. Aucune nouvelle nomination au sein du bureau de la Société Internationale ne se fit sans son aval : non seulement

celle de ses successeurs, celle d'Alain Ségal comme vice-président mais également la mienne en tant que secrétaire-général en 1990 et celle de mon successeur Alain Lellouch en 1998.

A la fin de son mandat de past-président en 1992, la France risquait de ne plus avoir aucun représentant au sein du bureau de la Société Internationale d'Histoire de la Médecine, société de droit français (association loi 1901), ayant son siège ici-même, 12 rue de l'Ecole de Médecine. En tant que secrétaire-général j'ai alors proposé au bureau de créer la fonction de conseiller au bureau du Conseil d'administration, ce qui fut immédiatement accepté et ce qui nous permit de profiter des conseils judicieux du Pr Sournia jusqu'à la dernière réunion à laquelle il put participer à Paris en juin 1999.

Les contacts avec la revue "Clio Medica" ayant avorté, M. Sournia soutint de toutes ses forces les projets de publication d'un périodique propre à la Société Internationale d'Histoire de la Médecine. Un bulletin annuel et plutôt confidentiel parut entre 1990 et 1994 pour être remplacé en 1995, grâce au soutien logistique et financier massif de la part de la Société Belge d'Histoire de la Médecine, par "Vesalius, Revue officielle de la Société Internationale d'Histoire de la Médecine", paraissant deux fois par an. Le Pr Sournia en fut jusqu'à sa mort un éditeur associé et un membre du comité de sélection fort actif et unanimement apprécié.

C'est avec beaucoup de scepticisme que le Pr Sournia assista dans les années 80 et 90 à l'érection de deux associations médico-historiques concurrentes : l'Académie Internationale d'Histoire de la Médecine, entre temps disparue de sa belle mort, et l'Association Européenne des Historiens de la Médecine. Il jugeait leur procédure d'acceptation et leur approche médico-historique trop élitiste. Sournia avait toujours été d'avis que l'apport de chaque membre individuel de la Société Internationale d'Histoire de la Médecine, fut-il historien amateur ou professionnel, contribue à compléter l'inventaire de l'histoire de la médecine.

Son autorité était naturelle. Son obligeance et sa prévenance également. Il entretenait des relations professionnelles et amicales avec les historiens de la médecine du monde entier. Sans nul doute laissera-t-il un cachet indélébile sur l'histoire du dernier quart de siècle de la Société Internationale d'Histoire de la Médecine.

Laissons-lui le dernier mot, une citation de son livre "Histoire et Médecine" (1982) : *"Une meilleure connaissance d'histoire de la médecine permettrait au médecin un examen critique de son art ; lui aussi pourrait se mettre en question et se renouveler. De toutes les sciences humaines, l'histoire et la médecine sont les deux disciplines fondamentales qui essaient le plus complètement de résoudre les angoisses de l'homme sur ses raisons de vivre, ses façons de vivre, et son acceptation de la mort".*

RÉSUMÉ

Le professeur Jean-Charles Sournia et la Société Internationale d'Histoire de la Médecine

Durant le dernier quart de siècle Jean-Charles Sournia aura influencé fortement les activités de la Société Internationale d'Histoire de la Médecine. D'une part en rédigeant de nouveaux statuts, modernisant les procédures et introduisant l'anglais comme seconde langue officielle ce qui permit une plus grande ouverture au Nouveau Monde. D'autre part en organisant un congrès

international mémorable à Paris en 1982, congrès dont deux des thèmes lui tenaient particulièrement à cœur, l'histoire de la santé publique et celle de la communication en médecine, congrès qui permit tant à la Société française d'Histoire de la Médecine qu'à la Société Internationale d'Histoire de la Médecine de se profiler encore mieux et plus durablement chez les historiens de la médecine du monde entier. Jusqu'à la fin de sa vie J.-C. Sournia restera un conseiller souvent sollicité et toujours écouté au sein des diverses instances de la Société Internationale d'Histoire de la Médecine.

SUMMARY

Sournia as President of the International Society for History of Medicine and Chairman of the International Congress in Paris

During the last quarter of the century, Sournia took an active part in the life of the International Society for History of Medicine as he introduced English as a second official language and he modernised some procedures. In 1982 he organized an international congress in Paris about two themes close to his heart : the History of Public Health and of Communication in medical area. So the I. S. H. M. became well known all around the world and Sournia remained a wise adviser until his death.

Jean-Charles Sournia et l'histoire de la santé publique *

par Alain LELLOUCH **

Plusieurs facteurs prédisposèrent Jean-Charles Sournia, chirurgien, à devenir homme de santé publique, passionné par l'histoire d'une spécialité à laquelle il consacrera plusieurs années de sa vie :

- ses origines familiales militaires et son éducation d'interne de "santard" à l'Ecole militaire de Lyon (1943), après la Flèche, ont sûrement marqué d'une forte empreinte sa façon de "servir" la collectivité ;
- sa mission d'expert en santé publique auprès du gouvernement syrien (1955) ;
- son appétence pour l'international et son intérêt pour l'analyse comparée des systèmes de santé ;
- les conférences données à l'Ecole de Santé publique de Rennes alors qu'il était chirurgien thoracique et pédiatrique ;
- sa carrière ultérieure de premier médecin conseil national (1969-1978) à la CNAM-TS, puis le poste de Directeur Général de la Santé (1978-1980), enfin ses fonctions de professeur de santé publique à Bicêtre-Paris-Sud de 1980 à 1983 constituent des jalons essentiels de la vie de cet homme de santé publique.

L'intérêt de Sournia pour cette spécialité se reflète encore dans la part très active qu'il prit dans l'élaboration du programme et dans l'organisation du Congrès International de Paris (1982). On vient d'en parler. Ce fut lui qui voulut qu'un thème spécifique dont il sera le "responsable" fût consacré à l'histoire de la santé publique.

Je m'efforcerai ici, au travers de plusieurs citations de répondre à 5 questions :

1. Pourquoi faut-il encourager l'histoire de la santé publique ?
- II. La Santé publique est-elle un concept récent ?
- III. Pourquoi la santé publique a-t-elle si peu intéressé le médecin ?

* Comité de lecture du 30 juin 2001 de la Société française d'Histoire de la Médecine.

** 92 boulevard des Batignolles, 75017 Paris.

IV. Que faut-il inclure dans les mots “Santé publique” ?

V. Quels liens se sont tissés, entre “Santé publique” et “Médecine sociale” ?

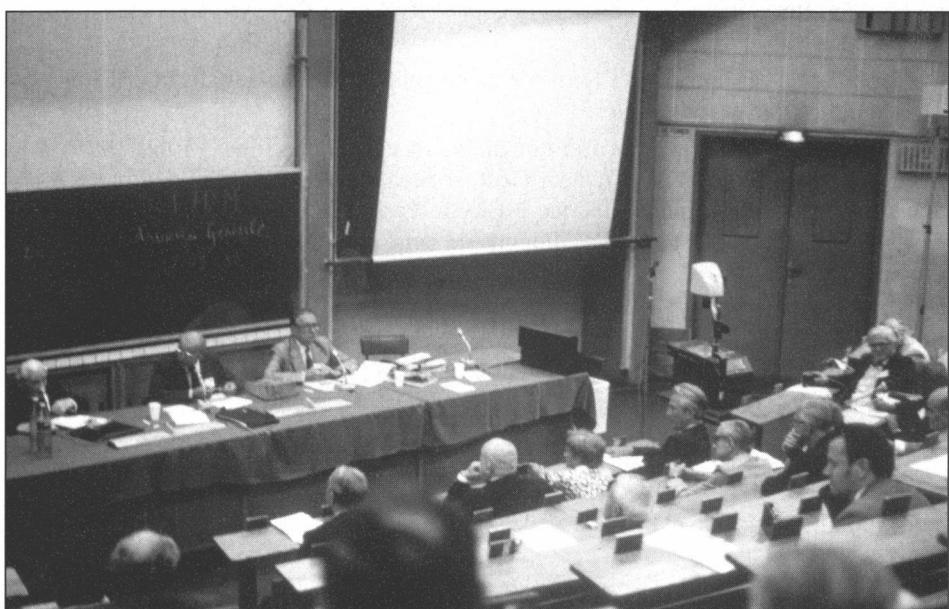
“Pour une histoire de la Santé Publique” (3)

Tel est le titre du premier article signé “J.-C. Sournia, ancien directeur général de la Santé”, des Actes du Colloque international de Paris et publiés dans le tome XVII, numéro spécial 1 d'*Histoire des Sciences médicales*, organe officiel de la Société française d’Histoire de la Médecine.

“La Société Internationale d’Histoire de la Médecine, écrivait Sournia, le 29 août 1982, dans son exposé introductif, est âgée de 61 ans, elle tient aujourd’hui son XXVIIIème Congrès, et c’est la première fois que l’histoire de la santé publique figure à son ordre du jour... je voudrais poser la question : pourquoi n’en a-t-on pas parlé plus tôt, pourquoi parmi les travaux consacrés à l’histoire de la médecine, ne parle-t-on pas d’avantage de la santé publique ?”.

Et Sournia de poursuivre :

“Les biographies de Harvey, de Pott, d’Ambroise Paré, de Paracelse, de Virchow font l’objet d’une centaine de volumes. D’innombrables monographies ont été consacrées à l’histoire de la gynécologie, de la pédiatrie. On connaît par cœur l’histoire de... la digitaline, de l’insuline, alors que, dans toute la littérature internationale, on compte à peine quelques dizaines de titres historiques consacrés à la Santé publique...”



Sournia, président du Comité d’Organisation à la tribune, au milieu
(Photo Dr Joseph Honti, délégué national hongrois et conseiller de la Société Internationale d’Histoire de la Médecine)

Un peu plus loin dans l'article (p. 30 des Actes), Sournia donnait un exemple : “Dans “*l’Histoire de la Médecine*” de plus de 1200 pages, publiée par Bariéty et Coury en 1963, on ne trouve aucun chapitre consacré à l’*histoire de la santé publique*” et seulement “quatre pages évoquent brièvement la médecine sociale, ce qui correspond à une autre notion, même si on assimile parfois comme synonymes médecine sociale et santé publique”.

Pour Sournia cependant, “*après avoir montré l’exemple, la grande école française en matière de doctrine sanitaire a dû céder la place à l’Angleterre. Les historiens de la médecine se sont intéressés à l’histoire des thérapeutiques ou à l’histoire des médecins ; au contraire, les belles monographies d’histoire de la santé publique sont dues à des auteurs étrangers, Ackerknecht, Shryock, Sigerist et la seule synthèse historique de la santé publique dans les pays occidentaux fut signée de G. Rosen (1), en 1958*”.

“...Je vois, rajoutait Sournia, plusieurs raisons à la négligence dans laquelle a été tenue l’*histoire de la Santé publique*”.

Ils faisaient de la Santé publique sans le savoir...” (3)

Cette expression est utilisée dans l’article pour montrer que l’idée de Santé publique n’est pas vraiment récente : “*Lorsque les patriciens romains, remarquait Sournia, creusaient des égouts, lorsqu’ils construisaient des aqueducs sur des centaines de kilomètres, lorsqu’ils équipaient les grandes villes de latrines et de bains publics, à Rome, comme à Lyon ou à Trèves, ils sacrifiaient à un rite social ; en leur qualité de patriciens, ils étaient tenus à des générosités publiques pour tenir leur rang, ils devaient s’acquitter de certaines “liturgies”. Cette pratique de l’“evergétisme”, terme grec qui se traduit littéralement en français par “bienfaisance” était pour eux une obligation sociale... de même pendant des siècles, pour tous les souverains, princes, autorités urbaines qui ornèrent les grandes places de fontaines jaillissantes... Et pourtant tous ces gens contribuaient à l’hygiène de leur peuple : ils faisaient de la Santé publique sans le savoir*”.

Une médecine de la collectivité (3)

Qui dit “*Santé publique*” sous-tend “*médecine de la collectivité*”. Il nous faut donc découvrir ce qu’incluent exactement ces mots.

Aujourd’hui, ce sont les cliniciens et, volontiers, les syndicalistes médicaux qui utilisent les mots de “*Santé publique*” quand ils entendent donner du poids au sujet traité. Pour preuve, un courrier du Pr J. Sénéchal, ancien directeur de l’Ecole Nationale de Santé Publique de Rennes dans les années soixante, adressé au *Quotidien du Médecin* du 3 mai 2001 :

“*Il est fréquent de voir les auteurs d’un article affirmer que le sujet qu’ils abordent est un important problème de santé publique. Cela sous-entend, que c’est un problème qui, intéressant la collectivité et non l’individu, doit être traité en priorité*”...

Dès 1982, Sournia remarquait : “*Si l’on admet que la mentalité santé publique et ses premières réalisations, à l’échelle d’un pays moderne sont nées en France, dans la pre-*

mière moitié du XIXème siècle, les historiens constatent aussi que les médecins n'ont pas été à la tête de ce mouvement. Certains grands noms s'y sont illustrés mais le corps médical dans son ensemble ne les suivait pas”. Voici donc un motif fort expliquant pourquoi l'histoire de la santé publique reste encore aujourd'hui une parente pauvre de l'histoire de la médecine. Plusieurs facteurs sont à l'origine de cette désaffection des médecins pour la santé publique. D'abord, note Sournia, “*la Santé publique, dans la mesure où elle s'intéresse au bien-être de la collectivité réalise une rupture intellectuelle complète avec la médecine millénaire qui, elle, soigne un malade particulier... le but du médecin, sa passion, sa raison d'être sont de soigner les individus*”.

Or, “*la Santé publique ne s'occupe pas seulement de malades ; elle s'applique à une collectivité qu'elle ambitionne de maintenir en bonne santé. On comprend que les médecins du XIXème siècle aient été désorientés devant cette nouvelle vision du prochain non malade et que, dans leur grande majorité, ils le soient encore en cette fin du XXème siècle*”.

Des raisons institutionnelles expliquent aussi le manque d'intérêt des médecins, notamment français, pour la santé publique : “*Les carrières n'y jouissent d'aucun prestige puisqu'on n'y soigne pas*” et “*l'enseignement de la santé publique n'est devenu obligatoire en France dans le curriculum des études médicales qu'en 1979*”.

Un troisième motif a contribué à rendre le médecin français peu perméable à l'esprit de la santé publique : “*Le caractère par définition collectif de la Santé publique a certainement contribué à écarter d'elle les médecins... puisque, par vocation attaché aux individus souffrants, le médecin est... profondément individualiste*”. En Occident, cet état d'esprit du médecin s'est traduit par certains comportements politiques de la profession : “*Individualisme médical et libéralisme politique, nous explique Sournia, vont de pair et, en France, pendant longtemps, les médecins se sont opposés avec succès à l'intervention des pouvoirs publics dans le domaine sanitaire*”. Ainsi en fut-il des médecins non contagionnistes, convaincus qu'il n'y avait “*aucune justification à éviter la contagion à laquelle ils ne croyaient pas*”. Pour d'autres, “*toute réglementation dans ce domaine est la preuve d'un dangereux dirigisme dont il sera ensuite difficile d'enrayer la progression dans la vie privée de l'individu*”.

Une spécialité hétérogène au “domaine mal limité” (3)

Dans “*Médecine Sociale*”, autre article datant celui-ci de 1981 et publié dans le tome VI (pp. 157-201) de “*l'Histoire de la Médecine, de la Pharmacie, de l'Art dentaire et de l'Art vétérinaire*”, Sournia écrivait : “*On pourrait... faire rentrer (dans la santé publique) l'organisation de la lutte contre les grands fléaux qui menacent les collectivités, c'est-à-dire l'épidémiologie et la médecine préventive, l'hygiène publique, l'organisation sanitaire du pays, la médecine du travail, la médecine légale... l'organisation des soins dans un pays avec son appareil hospitalier et ses professions de santé généralement réglementées, la prise en charge par la société de la santé de l'individu*”. Ainsi, les termes de “*Médecine sociale*” ou de “*Santé publique*” recouvrent les notions importantes de “*santé du groupe*” et “*celle d'intervention gouvernementale dans la santé*”. Mais, poursuit Sournia, “*deux (autres) caractères sont particulièrement marqués dans la “médecine sociale”... d'abord son aspect international : l'histoire médico-sociale d'un pays qui ne tiendrait pas compte de celle des pays voisins serait impos-*

sible à écrire, spécialement pour les Nations d'Europe occidentale... Ces échanges dans le cadre de la médecine sociale ont été constants entre la France, l'Allemagne, l'Angleterre, un moment l'Italie, plus tard les Etats-Unis...

“Un deuxième trait est l'absence de rupture chronologique nette dans l'histoire de la médecine sociale”.

Analyser l'émergence, au fil du temps, de l'idée de “Santé publique”, implique la description schématique de trois périodes : 1°) L'empirisme contre les grands fléaux ; 2°) L'Etat et la Science veillent sur la nation ; 3°) La communauté assure la santé de chacun.

“L'empirisme contre les grands fléaux” (2)

Dans cette rubrique sont cités : rituels des sépultures, prescriptions d'hygiène alimentaire, “protection sanitaire des citadins”, l'alimentation en eau potable, institution hospitalière, lutte contre maladies infectieuses et épidémies. A propos de la Médecine égyptienne, Sournia précisait : “C'est cependant en Egypte que l'on peut noter la trace la plus ancienne de notion de communauté en médecine, puisque les médecins n'étaient pas rémunérés à l'acte mais payés par le souverain pour donner leurs soins à la population... c'était la première intervention des pouvoirs publics dans la distribution des soins”.

Ici, les préoccupations religieuses et rituelles, socio-économiques, policières (protection, isolement, désinfection, réglementation, quarantaine, vis-à-vis des lépreux, contagieux, étrangers, pauvres et infirmes) comptaient tout autant, sinon plus, que les préoccupations médicales proprement dites de santé, d'hygiène, de prévention ou de soins.

Une deuxième racine historique de la santé publique réside dans la lutte contre les épidémies, “non pas pour traiter la maladie mais pour en préserver la population”. En référence implicite à un travail de Grmek sur le sujet, Sournia rajoutait : “On admet que la première quarantaine a été décidée par les autorités du port de Raguse en 1377... et pourtant on ignorait la notion de contagion et “Yersinia pestis”.

“Raguse, poursuivait Sournia, se comportait en 1377 pour éviter l'épidémie comme en... 1982 la Suède pour éviter l'épidémie puisque ce dernier pays interdit la plus minime importation de sandwich du Danemark pour se protéger de la fièvre aphteuse”.

“Ce sont les mesures prises contre les maladies infectieuses avant même que ne soit connue la bactériologie, qui ont poussé les gouvernements à intervenir dans les affaires médicales de la collectivité. Ce sont les “pestes” qui sont à l'origine de la plupart des réglementations et des institutions sanitaires nationales et internationales de la médecine moderne”. Ces propos de Sournia sur les épidémies et la fièvre aphteuse reprennent aujourd'hui, en Europe, une brûlante actualité. D'où une première conclusion d'importance : “La Santé publique la plus efficace, la plus contraignante n'est donc nullement une aventure médicale récente, mais déplore Sournia, on doit regretter que son histoire n'ait pas davantage intéressé le médecin”.

“L'Etat et la Science veillent sur la nation” (2)

Et Sournia de poursuivre : C'est à partir du XVII^e siècle que les gouvernements et

les cités vont clairement prendre conscience de leurs devoirs en matière de santé à l'égard de la population et la notion de santé publique va s'affirmer”.

Peu à peu “l'autorité et la raison s'imposèrent alors en matière de santé... Ainsi vit-on...”, rappelait Sournia, curieusement mêler leurs effets deux notions qui caractérisent la vie du XVIII^e siècle finissant. D'une part, le “despotisme éclairé” prenait ses sujets sous sa protection et le souverain ou l'Etat avaient le devoir de maintenir la population en bonne santé... D'autre part, l'égalité des hommes nés semblables devait assurer à tous les mêmes chances de bonheur et bientôt les droits de l'homme allaient s'imposer aux gouvernements de l'Europe”.

Dans le deuxième quart du XIX^e siècle, l'industrialisation des pays occidentaux cause des bouleversements socio-économiques tels qu'ils provoqueront, en réaction, l'émergence de nouvelles préoccupations sociales, morales, philanthropiques et sanitaires. Durant cette période, se manifesteront divers gouvernants, certains responsables de santé publique tels que le néerlandais Van Swieten ou l'autrichien Franck, enfin plusieurs classes dirigeantes et du monde médico-scientifique.

Dans la révolution scientifique des XVIII^e et XIX^e siècles. Sournia individualisait “deux aspects... qui influencèrent la médecine de la communauté”. Le premier consista en “l'introduction de la médecine numérique (la statistique) dans l'art de guérir”. Avec la méthode numérique de Louis, non seulement la démographie et l'épidémiologie (au sens d'étude des épidémies et des moyens de lutte contre elles, que le XIX^e siècle donnait à ce terme) allaient prendre leur essor mais aussi “l'évaluation des données cliniques et des méthodes diagnostiques et thérapeutiques”.

Le second aspect déterminant pour la médecine communautaire fut la naissance de la bactériologie, dans la seconde moitié du XIX^e siècle. Pourtant, selon Sournia, “si (l'émergence de la bactériologie) bouleversa toutes les bases scientifiques de la nosologie, elle amena curieusement moins de changements dans la santé publique que l'évaluation statistique des morbidités... la combinaison dans les mentalités du maniement des grands nombres à l'échelle d'une nation et de la réalité des contagions par des germes spécifiques devait fonder la santé publique moderne”.



Sournia entouré d'un groupe d'historiens de la médecine suédois, visite du château de Chantilly
(Photo Dr Joseph Homi, délégué national hongrois et conseiller de la SIHM)

Rénovation des hôpitaux, fondation de dispensaires avec soins aux démunis et dispositif de dépistage, de prévention et de vaccination (tuberculose, syphilis et autres maladies sexuellement transmissibles, hygiène mentale, médecine préventive scolaire et universitaire), services de PMI, assistance aux femmes enceintes et soins aux nouveau-nés, protection des aveugles et des handicapés, lutte contre l'alcoolisme, prise en charge psychiatrique des aliénés, hygiène des prisons, sécurité et médecine du travail, législation sur les maladies professionnelles, hygiène des marchés et de l'habitat avec destruction des habitations insalubres, ramassage et dépôt réglementé des ordures, meilleures adductions d'eau et contrôle de sa salubrité, contrôles alimentaires et vétérinaires, désaffection des cimetières trop remplis, tels sont, rappelait Sournia, “*les innombrables secteurs de l'activité humaine dans lesquels s'est glissé la notion de santé de la communauté et pour lesquels l'intervention des pouvoirs publics fut peu à peu sinon réclamée du moins admise*”.

“La communauté assure la santé de chacun (2)

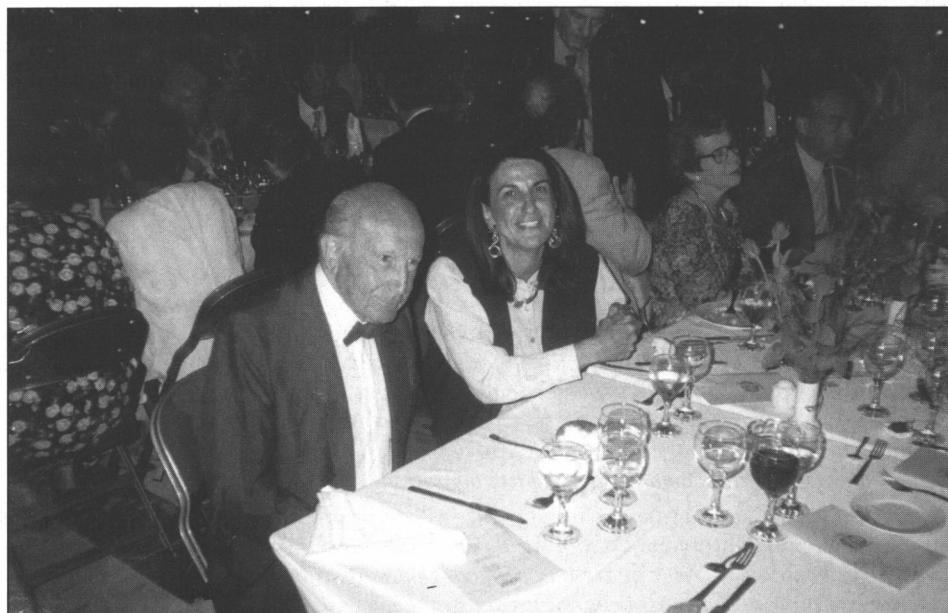
Ici, sont désignés non pas les “*mesures prises par les pouvoirs publics pour assurer la santé de la collectivité*” mais le mouvement d'idées qui, “*à partir du début du XIXème siècle, se préoccupent de la santé des individus*”, allait monter “*des groupements professionnels... pour protéger leur participant contre les accidents du travail, la vieillesse, le chômage*”. Sournia ne manquait pas de rappeler que “*ces institutions prirent naissance dans le monde du travail*”, même “*si elles ont abouti aujourd'hui à une assurance maladie étendue à toute la population*”.

En bref, rappelait Sournia, si, au XIXème la “*médecine sociale*” était une médecine d’assistance philanthropique, “*aujourd’hui dans nos pays développés, le concept, né il y a 130 ans, tend à se restreindre aux procédés administratifs et financiers qu’emploie une société pour prendre à sa charge les soins que nécessitent ses membres*”.

Economie de la santé face à la croissance accélérée des dépenses de l’industrie de la santé, rationalisation de la décision médicale pour une efficience accrue, bon usage des techniques médicales, des médicaments et des soins, tels sont les défis que doit s’atteler à résoudre aujourd’hui la médecine sociale. Et Sournia de conclure en remarquant que, bien que celle-ci “*soit devenue une nécessité pour notre civilisation, elle ne peut plus régresser mais elle ne peut plus prétendre à la stabilité, tant nos sociétés et nos mentalités évoluent vite et tant sont rapides les progrès de nos techniques médicales*”.

En définitive, fixer des critères de choix et hiérarchiser les priorités, voilà bien toute la difficulté. Déjà, Descartes l’exprimait dans une lettre à la princesse Elisabeth : “*Il y a une vérité dont la connaissance me semble fort utile : qui est que, bien que chacun de nous soit une personne séparée des autres et dont, par conséquent les intérêts sont distincts de ceux du reste du monde, on doit toutefois penser qu'on ne saurait subsister seul et qu'on est, en effet, l'une des parties de l'univers et, plus particulièrement encore, l'une des parties de cette Terre, l'une des parties de cet Etat, de cette société, de cette famille à laquelle on est joint par sa demeure, par son serment, par sa naissance. Et il faut toujours préférer les intérêts du tout, dont on est partie, à sa personne en particulier ; toutefois avec mesure et discrétion, car on aurait tort de s'exposer à un grand mal pour procurer seulement un petit bien à ses parents ou à son pays ; et si un homme vaut plus lui seul, que tout le reste de sa ville, il n'aurait pas de raison de se vouloir perdre pour la sauver*”.

Cet équilibre instable et périlleux entre la personne et le groupe, entre la médecine clinique, individuelle et la médecine sociale, plus collective, entre la santé d'un malade et celle de toute population, Sournia, mieux que quiconque, Sournia, à la fois chirurgien et homme de santé publique, aura magistralement su le vivre et le mettre en pratique.



J.-C. Sournia, au Congrès international de Cos (1996) à la table avec de gauche à droite :
Mme Markétos et les Prs Inez O'Neill et J.-P. Tricot, respectivement ancienne et actuel
président de la SIHM.

(Photo Dr Joseph Honti, délégué national hongrois et conseiller de la SIHM)

NOTES

- (1) ROSEN G. - *A History of Public Health*. New York, 1958, (reed. 1968, 1976), MD. Publications, Inc., New-York, MD Monographs on Medical History, 551 pp.
- (2) SOURNIA J.-C. - *La Médecine sociale. Histoire de la Médecine, de la Pharmacie, de l'Art dentaire et de l'Art Vétérinaire*, Paris, 1979, Collect. dirigée par J. Poulet, J.-C. Sournia et M. Martiny, Société française d'éditions professionnelles, médicales et scientifiques, Albin Michel/Laffont/Tchou, Tome VI, 157-201.
- (3) SOURNIA J.-C. - *Pour une histoire de la Santé publique*. Actes du 28ème Congrès International d'Histoire de la Médecine, Paris, 29 août - 3 septembre 1982, *Hist. Sc. Méd.*, XVII, num. spc. I, 27-35, 1983.

RÉSUMÉ

La contribution de Jean-Charles Sournia à l'histoire de la santé publique.

Le chirurgien Sournia fut aussi homme de santé publique, passionné par l'histoire d'une spécialité à laquelle il consacra plusieurs années de sa vie. Ses origines familiales militaires marquèrent sûrement d'une forte empreinte sa façon de "servir" la collectivité. Son intérêt pour la santé publique se reflète encore dans sa passion pour l'analyse comparée des systèmes de santé, ses fonctions de premier médecin conseil-national puis de directeur général de la santé, la part prépondérante qu'il prit dans la préparation du Congrès international de Paris. Pour quoi encourager l'histoire de la santé publique ? La notion de "santé publique" est-elle récente ? Pourquoi a-t-elle si peu intéressé les médecins ? Qu'inclure sous ce vocable ? Quels liens se sont tissés, au fil des ans, entre "santé publique" et "médecine sociale" ? Voilà cinq questions auxquelles on s'efforcera de répondre ici, à partir de plusieurs citations.

SUMMARY

Sournia's Contribution to the History of the Public Health.

Although he were a surgeon, Sournia was interested in the history of the Public Health for several years. He dealt with many significant problems and this article will attempt to respond to the questions about his concerns. Thus, Sournia has been a surgeon and a practitioner interested in both matters.

Jean-Charles Sournia, mon ami *

par John CULE **

Vous avez déjà entendu parler des nombreux travaux du fameux professeur Jean-Charles Sournia : son passé survivra en histoire de la médecine. Je veux, pendant quelques instants me souvenir de lui en tant qu'ami.

Quand je pense à la France, je pense, encore maintenant, à Jean-Charles Sournia : pour moi et ma génération, il était le véritable Français incarné.

Quand je pense à la Société Internationale d'Histoire de la Médecine je pense encore à Jean-Charles Sournia.

Visiter Paris avec Leslie, ma femme, c'était aussi voir Jean-Charles avec Marianne Sournia, rue de Rennes ou encore aller avec lui dans un restaurant français d'une qualité exceptionnelle et, avec bonhomie, prendre plaisir à sa camaraderie et sa conversation.

Etre invité à faire le choix du vin était, pour moi, un grand honneur (et une grande responsabilité, aussi). Invariablement il s'ensuivait un débat sur sa qualité. Cette passion de choisir le meilleur vin, à table, nous la partagions tous deux. Il connaissait parfaitement les meilleurs restaurants de Paris avec les forces et les faiblesses des chefs cuisiniers et des patrons d'établissement. Il avait toujours plein d'anecdotes à nous conter sur chacun d'eux.

Toutes les fois que nous voyions ensemble Jean-Charles et Marianne, je me souviens des paroles de notre cher ami, le professeur Daniel de Moulin, hélas maintenant, lui-même, gravement invalide : il rappelait l'élégance de ces danseurs qui formaient un beau jeune couple. Mais, j'étais toujours romantique. Surtout, il veillait à jalousement conserver intactes les traditions de nos Sociétés d'Histoire de la Médecine et, particulièrement leurs racines françaises.

Je me souviens bien des rapprochements opérés entre la Société Internationale et la Société française d'Histoire de la Médecine avec nos mémorables dîners au Cercle Républicain, le samedi soir ; avant les visites spéciales du dimanche matin, je ne sais où, pour visiter un endroit privilégié. C'était ce que nous avions baptisé le "pique-nique", mais qui s'avérait toujours être un véritable banquet.

Je me souviens encore d'un après-midi passé en compagnie de Jean-Charles et des autres membres français, à naviguer et à écouter la musique d'un orchestre, sur les canaux de Paris ; la journée s'acheva en buvant du champagne à l'Institut Militaire sur les bords de la Seine. C'était le bon temps...

* Comité de lecture du 30 juin 2001 de la Société française d'Histoire de la Médecine.

** Président honoraire de la Société Internationale d'Histoire de la Médecine, Rédacteur en chef de Vesalius, organe officiel de Société Internationale d'Histoire de la Médecine. Abereinon, Capel Dewi, Liandysul, Ceredigion SA44 APP, Wales, Great Britain

Le *Guide du Paris Révolutionnaire* de Jean-Charles Sournia, écrit en collaboration avec Benoit Dusart et plusieurs autres, se place sur le même plan que le charmant travail rédigé en anglais par Ernest Raymond, *Paris City of Dreams*, lequel m'impressionnait quand j'étais étudiant en médecine et que naissait mon amour pour votre cité.

Il avait quelque chose d'intéressant à raconter sur chaque sujet d'histoire de la médecine. Son expérience professionnelle dans le domaine de la chirurgie, la médecine légale et la santé publique lui donnait les compétences d'un historien clinique.

Jean-Charles avait l'habitude d'arriver à l'improviste et souvent il donnait l'impression d'un conspirateur. Je me souviens bien, d'un jour : j'étais assis dans un théâtre obscur à Paris, pour voir un film célébrant la réussite d'un homme qui aujourd'hui est devenu un grand héros français, bien aimé et estimé.

Tout à coup, Jean-Charles surgit à mes côtés et me dit, d'une voix assez forte à propos de notre héros : "Il n'était pas sympathique. Il n'était pas modeste". Lorsqu'il reçut une invitation pour se rendre en Angleterre, il envoya un message avec la liste des ordres et décorations qu'il pensait mériter et qu'il voulait recevoir de la Reine Victoria lors de son audience avec elle. Plus tard, Jean-Charles m'apporta la preuve de ses dires.

Il atteignit les buts qu'il s'était assignés et ce, malgré la longue maladie de sa femme et pendant les dernières années de sa vie, alors qu'il était lui-même en mauvaise santé.

Il sut inlassablement veiller au maintien de la continuité et en grande partie y réussit. Il voulait laisser de lui le souvenir d'un Père pour les deux Sociétés, et était fidèlement présent à toutes nos réunions.

Nous nous souviendrons toujours de ce Français souriant comme l'incarnation à la fois de la Société française et de la Société Internationale d'Histoire de la Médecine.

Jean-Charles, les deux Sociétés vous saluent.

RÉSUMÉ

"Jean-Charles Sournia, mon ami".

"Quand je pense à la France, je pense à Jean-Charles Sournia ; quand je pense à l'histoire de la médecine, je pense à Jean-Charles Sournia ; quand je pense à la Société Internationale d'Histoire de la Médecine, je pense à Jean-Charles Sournia. Visiter Paris, avec Leslie, ma femme, c'était encore voir Jean-Charles et Marianne Sournia, rue de Rennes... Son expérience en Chirurgie et en Santé publique le qualifiait tout particulièrement comme historien de la clinique médicale... Nous nous souviendrons de lui comme l'épigone français souriant de la Société Internationale d'Histoire de la Médecine. Jean-Charles, la Société Internationale vous salue. A présent, nous ne vous disons pas "adieu" mais "au revoir".

SUMMARY

My friend, Jean-Charles Sournia.

When I think of France, I think of Jean-Charles Sournia ;

When I think of medical history, I think of Jean-Charles Sournia ;

When I think of the International Society for the History of Medicine, I think of Jean-Charles Sournia ;

Visiting Paris with my wife, Leslie was an opportunity to meet Jean-Charles and his wife, Marianne.

Through his knowledge of surgery and public health he developed naturally as an historian of medicine. We will remember him as the smiling French epitome of the International Society for the History of Medicine

Jean-Charles Sournia, the International Society bids you "au revoir", but not "good-bye".

