

A travers les revues

Médecine et Hygiène. nos 55 et 64, Genève, 1^{er} août et 15 décembre 1945.

Dans les deux numéros de ce journal sont reproduits, en partie, trois témoignages de valeur sur les camps de concentration en Allemagne.

Il s'agit, d'une part, des communications que le professeur Charles Richet a faites à l'Académie de Médecine de Paris lors des séances des 25 avril et 12 juin 1945, et, d'autre part, du livre que, en collaboration avec Jacqueline et Olivier Richet, il vient de publier sous le titre : *Trois bagnes (Buchenwald, Ravensbrück et Dora)*. (Ferenczi, Paris, éditeur.)

Autant les communications du professeur Richet à l'Académie de Médecine que son livre, sont du plus grand intérêt par les précisions qu'ils apportent sur les conditions de vie dans les camps, ainsi que les constatations qui peuvent être faites, du point de vue médical proprement dit, sur les conséquences pour l'organisme humain des mauvais traitements et de la sous-alimentation.

Parlant du camp de Buchenwald, où il fut lui-même déporté après avoir été arrêté en France, le professeur Richet donne les détails suivants :

« Le climat et les travaux imposés auraient nécessité 3000 calories ; en 1944, on en donnait 1750 ; en 1945, 1050 ; les protides, les lipides, surtout animaux, étaient presque absents des maigres rations. Aussi voyait-on en six à sept mois se constituer une cachexie, parfois irréversible, des oedèmes de famine, des avitaminoses complexes avec prédominance des accidents pellagreux. La moyenne générale des poids était inférieure à 47 kilos. Concurrentement progressait un affaiblissement général, l'effondrement cardiovasculaire, l'absence de défense organique. La Croix-Rouge et ses colis sauveurs — systématiquement différés de deux mois — ont sauvé des milliers de déportés mais non pas tous. »

Il décrit également ce qu'on pourrait appeler la pathologie de l'encombrement, c'est-à-dire les maladies qui découlent du surpeuplement effroyable des camps de concentration. Il y revient dans son livre et apporte à cette occasion de nouvelles précisions :

« Sans entrer dans les détails, rappelons que Buchenwald, construit pour 10.000 déportés, en hébergea en 1945 à peu près 40.000 et que les wagons qui nous transportaient (40 hommes) contenaient entre 75 et 120 hommes ; ces transports duraient de deux à cinq jours.

.....

» L'érysipèle était la maladie-type de l'encombrement. Nous en avons étudié plus de 1500 cas en un an, soit une morbidité de 5%. La dysenterie, rare et bénigne en 1944, prit des proportions effroyables

en 1945. Nous évaluons à 6500 à 7000 le nombre de cas constatés en trois mois et elle fit plus de 3500 victimes. De même, nous sommes amenés à affirmer le caractère épidémiologique de la pneumococcie qui tua des milliers d'hommes en un an. Combien ? Nous ne pouvons le dire car la plupart des malades restèrent dans les blocs sans être soignés (du moins en 1945), vraisemblablement de l'ordre de 10.000 à 15.000. Cette pneumococcie affecta un type grave, celui qu'elle présente chez le lapin, avec foyers suppuratifs multiples. Les moins graves étaient encore les pleurésies purulentes, et pourtant celles-ci tuaient malgré l'intervention, d'après ce que m'ont dit les chirurgiens, 75% des cas. Quant à la mortalité globale de la pneumonie, nous l'évaluons à 25%. L'encombrement joua certainement un rôle dans le développement de la tuberculose, mais probablement moindre que celui de l'insuffisance alimentaire car un groupe de Danois remarquablement nourris, bien que très nombreux dans un bloc, ne présenta pas de tuberculose. En revanche, pneumonie, érysipèle et scarlatine les décimèrent.

» Que la mortalité fût fonction de l'encombrement, cela était évident. Un chiffre peut le confirmer. Il m'a été donné par le D^r Renet. Dans le bloc 55, il y eut pendant longtemps 525 invalides, avec 3,4% de morts par mois. A partir de janvier 1945, le nombre de bagnards qui y couchent augmente, et il y en a 1350 au début d'avril. Or, en même temps, la mortalité s'accroît et fut en moyenne de 10% par mois dans ce trimestre. Tous les médecins militaires du Premier Empire avaient déjà signalé ce prodigieux accroissement de la mortalité dans les hôpitaux surencombrés. »

Quant à la sous-alimentation, qui était la règle courante dans les camps, et par conséquent à Buchenwald, le D^r Richet expose dans son livre les observations qui suivent. Pour notre part, remarquons à cette occasion le fait qu'il mentionne les colis envoyés aux déportés par la Croix-Rouge, et le rôle très important, pour ainsi dire vital, que ces colis jouaient dans l'alimentation des déportés. Ces témoignages constituent, en même temps, pour les Croix-Rouges nationales et d'autres instances donatrices autant que pour le Comité international de la Croix-Rouge, qui transmettait les colis, un hommage valable rendu aux efforts déployés en faveur des déportés des camps de concentration.

Nous rappelons ici l'activité du Service C.C.C. du Comité international (« Colis aux camps de concentration »), activité relatée dans le numéro d'août 1945 de la *Revue internationale*¹.

« Les troubles de la nutrition jouèrent également un rôle capital. Troubles de la nutrition un grand mot pour désigner la simple famine. Cette famine, disons-le, n'était ni plus ni moins accentuée que dans la plupart des autres camps. Et nous croyons que s'il n'y avait pas eu

¹ Pages 601 et suivantes. Voir également décembre 1945, pp. 949-950.

A travers les revues

de colis de la Croix-Rouge tous les prisonniers, sauf quelques rares privilégiés : cuisiniers, médecins, infirmiers, chefs de bloc et garçons de salle, seraient morts de faim.

» On peut évaluer — vu le travail et le froid — à 3000 calories la dépense moyenne. Or, l'alimentation officielle de janvier 1944 à janvier 1945 apportait environ 1750 calories, les dix dernières semaines, 1050 calories. Ainsi il y avait un déficit d'environ 40 à 65%. La quantité de protides peut être évaluée à 30 à 50 gr. ; celle des lipides, à 15 à 25 gr., presque toutes (lipides et protides) d'origine végétale. Naturellement, il y avait insuffisance de certains acides aminés, de certains acides gras, de calcium, de fer, de vitamines C, E, et surtout PP.

» Trois types de troubles furent la conséquence de cette insuffisance alimentaire : l'amaigrissement, les oedèmes de la faim et les carences. Inutile de les décrire. L'amaigrissement était progressif. A un certain moment, il devenait irréversible, surtout chez les gens âgés, qui supportent, rappelons-le, très mal les restrictions ; l'oedème de la faim aboutissait souvent à une anasarque (irréversible) ; il est peut-être exagéré d'insister sur la carence de tel ou tel élément minéral, aminé ou vitaminique quand il y a carence globale. »

Le professeur Richet, qui soigna lui-même les détenus malades de Buchenwald, rappelle ensuite que tous, du fait que les liens entre eux et la civilisation étaient rompus, venaient au médecin comme vers un homme vivant qui pourrait les aider. Puisque toute influence sociale, familiale ou professionnelle était bannie, c'est vers la médecine que se tournaient ces malheureux, vers la médecine conçue par certains médecins dans le camp comme la science de l'homme, au sens large du terme, dont l'action doit s'exercer sur le corps, mais aussi être morale :

« Et nous ne pouvions pas faire grand'chose, hospitaliser ? Oui. Mais il y avait 2500 places et nous en aurions eu besoin de 10.000. Nous étions donc obligés de laisser « crever » (la vulgarité de ce terme est voulue) les vieux, les infirmes, les cachectiques, les moribonds, ceux pour qui nous n'avions pas d'espoir.

» Leur donner des médicaments ? Les sulfamidés, les tonicardiaques étaient en quantité faible, tellement faible que nous ne les utilisions ni chez ceux qui n'étaient que peu malades (la nature se chargeait de les guérir), ni chez ceux qui étaient trop malades. Ce gaspillage eût été criminel. Naturellement les Juifs n'y avaient pas droit. Il était facile d'ailleurs de tourner cette défense... faite par les SS.

» Et nous nous efforcions d'être (je parle des médecins français, que je connaissais mieux, mais un certain nombre de médecins russes étaient parfaits) consolateurs de misère. Action morale. La boutade lancée avec un sourire, la phrase optimiste appuyée d'une fraternelle tape sur l'épaule ou d'une cordiale poignée de mains, la glose d'un bon communiqué furent pour beaucoup un élément de réconfort, donc de guérison. »

A travers les revues

Enfin le Dr Richet aborde un problème plus grave, plus difficile aussi : celui que pose, pour la psychologie, la conduite même des gardiens des camps de concentration. Selon l'auteur, une mortalité de 10% par an dans un bain est quasi normale, alors qu'une mortalité de 10% par mois, qui était approximativement celle qu'il constatait dans les camps en question, impliquerait, dit-il, « de façon certaine, le désir de nous supprimer ».

Comme cette cruauté ne peut être l'apanage d'une race particulière, indique-t-il encore, « on doit alors admettre l'influence de l'éducation », une éducation qui se résumerait en deux mots : soyez durs !

« C'est, ajoute le professeur Richet, l'opposé de toute la civilisation morale, de la civilisation chrétienne au sens le plus profond du mot, c'est-à-dire de la civilisation humaine. »

Nous ne pouvons malheureusement pas, faute de place, donner d'autres extraits de ces trois témoignages du drame des camps de concentration. Ils constituent, au point de vue médical déjà, une très intéressante contribution à l'étude du problème des maladies du surpeuplement et de la sous-alimentation, et, pour voir plus loin, à l'examen de certains aspects pathologiques de l'esprit humain.

J.-G. L.

Prison sans barreaux, Bulletin de l'Amicale des prisonniers de guerre internés en Suisse.

Signalons le n° 5, de décembre 1945, du dit Bulletin. Il constitue un touchant témoignage du souvenir que ses membres ont gardé de leur séjour en Suisse, et il contient diverses informations relatives à l'activité de leur Association. Un article apporte des précisions sur l'œuvre accomplie par la Croix-Rouge suisse en faveur des enfants français.

Archives du Service de santé de l'armée belge, nos 9-10, sept.-oct. 1945.

« Expériences personnelles dans l'anesthésie au Pentothal » (Lieut.-médecin H. Reynhold).

Le pentothal appartient à la famille des barbituriques. Il est utilisé pour l'anesthésie intraveineuse à peu près de la même façon que les barbituriques mieux connus, soit l'évipan et le narconumal. Selon l'auteur, qui procéda à 360 narcoses au pentothal, l'emploi de ce barbiturique peut-être recommandé. La grande majorité des blessés recevaient 0,015 gr. de morphine et 0,0004 de scopolamine en injection i.m. $\frac{3}{4}$ d'heure avant l'intervention. Cette prémédication est à considérer comme une partie intégrante de la narcose au pentothal et comme une condition nécessaire de sa bonne réussite. La dose de narcotique variait généralement entre 1 gr. et 2,0 gr. Pour toutes les narcoses à

A travers les revues

l'éther le pentothal présente des avantages considérables ; il supprime, presque dans tous les cas, la phase d'excitation. En résumé les avantages de la narcose au pentothal sont réels : son emploi est facile et agréable pour le malade comme pour l'anesthésiste. En outre, le réveil étant rapide, il n'y a aucun risque qu'une « maladie post-anesthésique » se déclare en plus de la « maladie post-opératoire ».

En ce qui concerne l'emploi du pentothal dans les interventions de très longue durée, les expériences de l'auteur ne sont pas suffisantes pour établir des conclusions définitives.

« La réanimation à l'Armée » (D^{rs} W. de Weerd et P. Bendin).

Les auteurs, faisant partie du service militaire de transfusion sanguine de l'Armée belge, consacrent leur article à l'étiologie, à la pathologie et au traitement du shock traumatique. Les transfusions de sang et de plasma constitueront la base du traitement du shock. Sont à considérer comme contre-indications de la transfusion : les insuffisances du myocarde, l'hypotension toxique, la thrombose coronarienne, les cas de shock d'origine mécanique tels que : l'hémopéricarde, l'embolie pulmonaire et l'embolie graisseuse et enfin très souvent le cas présentant un shock du type cérébral (bradycardie par lésions de l'encéphale). Enfin en cas de lésion pulmonaire par souffle (blast injury) ainsi que chez les gazés (phosgène), la transfusion ne sera jamais effectuée, car elle accentue le processus d'hémorragie alvéolaire. Le sang doit être conservé à une température entre + 3 et + 6° C. S'il existe dans un flacon de sang sédimenté une traînée de diffusion rouge entre les hématies et le plasma, le sang ne peut être utilisé. Les transfusions de plasma sont moins efficaces que celles de sang total sauf dans les cas de brûlures. Le plasma présente l'avantage de ne pas devoir être conservé en glacière et se garder indéfiniment lorsqu'il est desséché. Outre la transfusion, les mesures thérapeutiques générales suivantes sont à recommander : traitement sédatif (calmer le blessé, l'installer confortablement sur un brancard, éviter toute mobilisation douloureuse de la région traumatisée, injections de morphine en doses modérées c'est-à-dire de 1/2 à 1 cgr.) ; réchauffer le blessé ; pratiquer l'oxygénothérapie. L'oxygène sera donné à raison de 6 à 7 litres par minute.

J. Thomann.

Revue suisse de médecine, Berne, n° 3, 1946.

« A propos de la chimiothérapie locale en petite chirurgie » (D^r E. Witzig).

L'emploi des sulfamidés sous forme de poudre pour le traitement local des blessures est bien connu. Sans vouloir diminuer l'importance du traitement chirurgical des plaies, il est indéniable cependant que

l'application locale des sulfamidés est actuellement le moyen prophylactique de choix des blessures infectées. Or, on a constaté une certaine inconstance de la sulfamidothérapie contre les infections à staphylocoques et la diminution de l'action des sulfamidés sous l'influence de substances particulièrement abondantes dans le pus et les tissus nécrotiques. Ces constatations ont engagé les laboratoires de la maison J. R. Geigy S.A. (Bâle) à continuer les recherches en vue de trouver un produit bactéricide ne présentant pas ces inconvénients. D'après les expériences de l'auteur un mélange d'Irgamide et de Stérosan (dichloroxyquinaldine) a donné des succès constants et remarquables. L'emploi de cette poudre est surtout à conseiller : dans le traitement des plaies et des blessures, comme prophylaxie des infections ; dans celui de ces mêmes lésions, lorsque celles-ci non soignées, se sont infectées ; enfin, comme complément à l'acte chirurgical, dans les phlegmons, les abcès, les panaris, les anthrax, etc., c'est-à-dire dans les cas d'infections localisées dont la cause la plus fréquente est le staphylocoque. L'addition de l'antiseptique Stérosan à l'Irgamide (diméthylacroyle-sulfanilamide) exalte les propriétés bactéricides des sulfamidés et garantit en même temps, comme facteur essentiel de sécurité, la stérilité de ce produit.

Bulletin du Service fédéral de l'hygiène publique, Berne, nos 2 et 3, 1946.

« Les méthodes d'immunisation, au moyen des anatoxines diphtérique et tétanique, et la prophylaxie de la diphtérie et du tétanos »
(Prof. G. Ramon).

Dans son exposé, l'auteur développe les réalisations auxquelles a abouti, principalement dans ces dernières années, l'application, à la prophylaxie de la diphtérie et à la prévention du tétanos, de la vaccination antidiphtérique et de la vaccination antitétanique ; vaccinations fondées toutes deux sur la méthode générale d'immunisation par les anatoxines et par les vaccins anatoxiques et anavirulents. Les résultats obtenus depuis 1923 et plus spécialement ceux qui furent acquis au cours de ces dernières années confirment incontestablement l'efficacité de la vaccination par l'anatoxine diphtérique. Ils entraînent la conviction de plus en plus forte de voir disparaître la diphtérie, par la pratique généralisée de cette méthode de prophylaxie spécifique qui, partout où elle a été correctement et judicieusement appliquée à un nombre suffisamment important d'individus, a abouti à une réduction considérable de la morbidité et de la mortalité dues à la maladie diphtérique. Les résultats obtenus par la vaccination antitétanique des militaires des armées alliées, fournissent les preuves les plus évidentes, les plus indiscutables de l'efficacité de cette vaccination et de l'immunisation au moyen de l'anatoxine et cela dans des conditions rigoureuses.

A travers les revues

A la fin de son exposé, l'auteur fait allusion à d'autres réalisations ayant pour point de départ les mêmes principes immunologiques, notamment la vaccination contre le typhus exanthématique au moyen du vaccin formolé, les vaccinations associées antidiphtérique et anticoquelucheuse, la séro-anatoxithérapie diphtérique, la séro-anatoxithérapie tétanique, qui consistent à associer la sérothérapie à l'anatoxithérapie dans le traitement soit de la diphtérie en évolution, soit du tétanos déclaré.

Médecine et Hygiène, Genève, n° 67, 1^{er} février 1946.

« Une réalisation suisse en médecine sociale » (D^r D. Högger).

L'Office fédéral de l'industrie, des arts et métiers et du travail a créé en juillet 1942, un service médical qui s'occupe tout particulièrement des problèmes suivants : Physiologie et psychologie du travail, prophylaxie des dommages connus, institutions destinées à sauvegarder la santé du personnel dans les exploitations, problèmes généraux d'hygiène sociale. Le service médical étudiera tous ces sujets pour être à même de renseigner l'Office fédéral, les inspecteurs des fabriques, ainsi que les patrons et les ouvriers.

Depuis la création de ce service, et grâce à l'emploi généralisé des méthodes d'examen radioscopique ou radiophotographique, la lutte contre la tuberculose dans les fabriques a fait de grands progrès. Toutefois, un problème difficile à résoudre est celui de la réintégration d'anciens tuberculeux dans le cycle de la production.

Le D^r Högger émet l'avis que la responsabilité de cette réintégration ne peut être acceptée, en ce qui concerne le danger de contagion, que si le convalescent s'engage à produire périodiquement une attestation, émanant d'un centre antituberculeux, ou d'un spécialiste, établissant s'il présente ou non des risques de contamination. La lutte contre le rhumatisme, maladie sociale la plus coûteuse, a également préoccupé le service médical de l'Office fédéral, qui s'efforce de réaliser des conditions de travail hygiéniques.

J. Thomann.