

# **Une équipe chirurgicale belge à la bataille de Normandie en 1944**

Henri Reinhold

## **Résumé**

*Durant cette année de 1994 ont été commémorés, avec gravité et dignité, les grands épisodes de la bataille de Normandie de 1944. Les artisans de la victoire, de ce qui a été qualifié la plus grande bataille de l'histoire, furent essentiellement les troupes américaines, britanniques et canadiennes. Mais y furent également engagés des contingents de pays d'Europe continentale, notamment des Français, des Polonais, des Hollandais et des Belges. Plusieurs d'entre eux n'ont été mis en ligne qu'au début d'août 1944, dès que toute la péninsule du Cotentin, de Caen à Avranches, était aux mains des Forces Alliées et qu'une guerre de mouvement était envisagée. Apparemment, le Haut Commandement Allié avait décidé de préserver ces unités d'un effectif réduit durant la phase la plus meurtrière de la conquête d'une solide tête de pont. Elles étaient ainsi susceptibles d'être utilisées ensuite dans les combats conduisant à la libération de leurs pays respectifs.*

*Dans cet article nous évoquons une participation médicale belge dans la campagne de Normandie.*

## **Summary**

*During the year 1994, the main episodes of the battle of Normandy (1944) were commemorated with solemnity and dignity. The workmen of the victory, in what was called the Greatest Battle of History, were essentially the American, British and Canadian troops. But, units composed of men from some European countries, particularly Frenchmen, Poles, Dutchmen and Belgians were also involved. Some of these units were engaged in action only at the beginning of August 1944, as soon as the whole peninsula of Cotentin, from Caen to Avranches, was firmly held by the Allied Forces and an offensive war through the Continent was considered. Apparently, the Allied Supreme Command had decided to preserve a reduced effective force of these units, during the most bloody phase of the battle for the conquest of a strong bridgehead. So they were kept in a position to participate in the liberation of their respective countries.*

*In this paper, the author evokes a Belgian medical participation in the campaign of Normandy.*

## **Les Forces de terre belges en Grande-Bretagne**

Les Belges, qui ont combattu en Normandie, étaient groupés dans la Brigade Piron, ainsi appelée selon le nom de son commandant. Sa composition est décrite au tableau 1 (1,2)

*Prof. Henri Reinhold, Professeur Emérite, Université Libre de Bruxelles, Belgique*

## **BRIGADE PIRON**

2.200 Hommes - 500 Véhicules

3 Unités d'Infanterie motorisée

1 Batterie d'Artillerie

1 Escadron d'Autos blindées

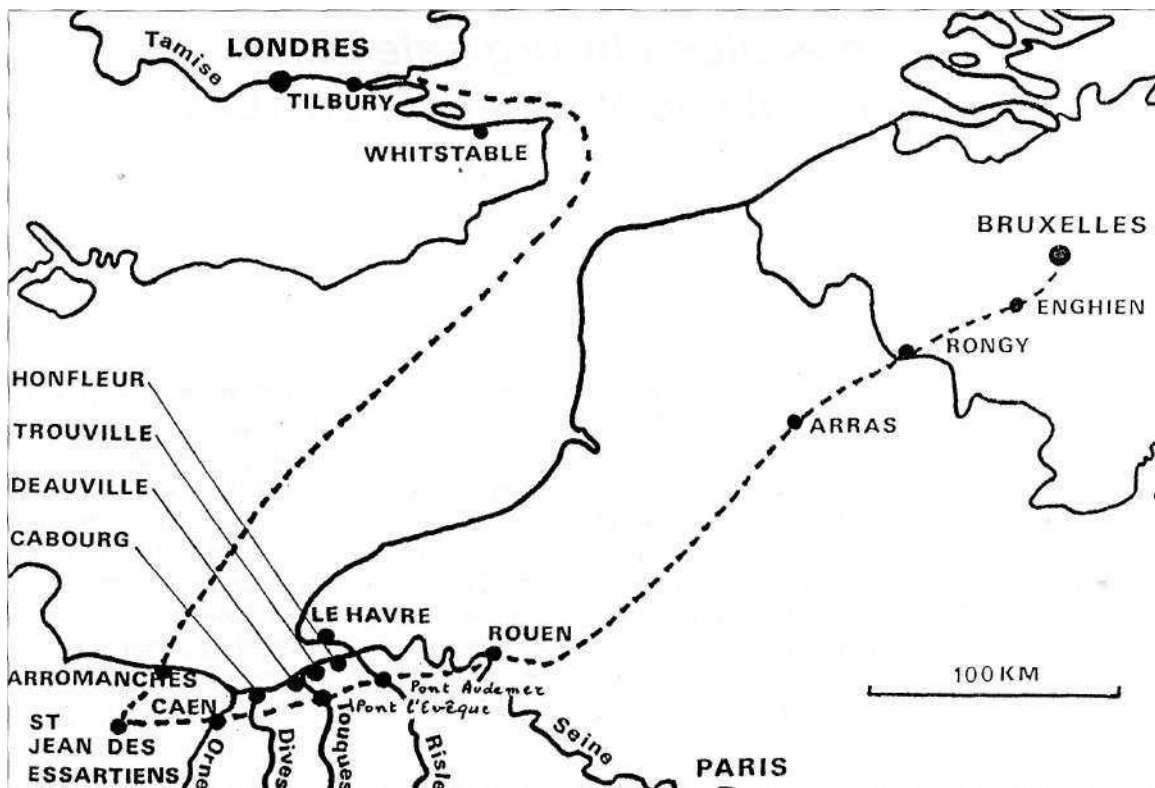
1 Compagnie de Génie

1 "Brigade Train" (ravitaillement)

1 "Light Aid Detachment" (Atelier mobile)

Le service médical de la Brigade

Fig. 1 : Parcours suivi de Tilbury à Bruxelles



Les sous-unités de la Brigade disposaient d'un médecin et de brancardiers-infirmiers qui, en action, installaient un poste de secours avancé dit "Regimental aid Post" (RAP). Mais ont existé en outre des unités purement médicales. La "Belgian Field Ambulance" avait pour mission de transporter les blessés à partir des premiers postes de secours vers une "Advanced dressing Station", relais plus équipé. Avaient aussi été créées une "Belgian Field Surgical Unit" (FSU) et une "Belgian Field Transfusion Unit" (FTU). Ces deux dernières font l'objet du présent exposé.

Comme son nom l'indique, la FSU était une unité chirurgicale. Dans l'organisation de médecine militaire britannique, le premier travail chirurgical dans l'armée déployée se faisait à l'échelon de Corps d'Armée, sauf pour des interventions d'une extrême urgence, telles que trachéotomie, fermeture d'un pneumothorax ouvert, amputation d'un membre détruit. Les Forces Belges n'ayant que l'effectif d'une brigade, la FSU et la FTU furent détachées au Corps d'Armée dans lequel cette brigade était en opération.

Elles étaient ainsi entièrement intégrées dans le "Royal Army Medical Corps" et les Belges qui y étaient traités ne constituaient qu'une minorité des blessés.

Qu'était exactement une FSU ? C'était une équipe chirurgicale de renfort destinée à accroître la capacité de travail au premier échelon chirurgical, la "Casualty Clearing Station" (CCS), lorsque la situation rendait ceci nécessaire. Elle était conçue pour être entièrement autonome pour son fonctionnement médical. Le personnel était composé d'un officier chirurgien, un officier anesthésiste, 5 infirmiers, 3 chauffeurs et une ordonnance. L'unité possédait son charroi d'une voiture personnelle dite "staff car" et 2 camions de 3 tonnes. L'équipement comprenait une tente opératoire, une tente d'hospitalisation pour 20 blessés avec toute la literie et même une génératrice électrique. Le matériel transporté permettait d'effectuer une centaine d'opérations. La conception de telles unités octroyait une grande souplesse dans l'organisation du travail.

L'initiative de la création d'une FSU belge était due au docteur Alfred DUMONT (1903-1966). Le souvenir de cet éminent confrère est toujours présent dans la mémoire de nombreux médecins belges, étant donné sa riche carrière professionnelle. Dans l'après-guerre, il fut en effet l'un des chirurgiens qui ont introduit en Belgique la chirurgie intrathoracique. Parmi ses fonctions ultérieures importantes on peut citer la direction du Département de Chirurgie thoracique de l'Hôpital St.-Pierre de Bruxelles. Il fut aussi Directeur du Centre de Transfusion sanguine de la Croix-Rouge de Belgique et Secrétaire de Rédaction des Acta Chirurgica Belgica. Alfred DUMONT avait commencé une formation de chirurgie en 1933 au Service du Professeur Albert HUSTIN à l'Hôpital Brugmann. Au cours de la campagne de mai 1940, il commanda une ambulance au 1er Corps d'Armée. Fait prisonnier, il s'évada et s'engagea dans la Résistance. En 1942, il entreprit une évasion vers l'Angleterre. Arrêté en Espagne, il fut enfermé durant 5 mois dans le sinistre camp de Miranda de Ebro où croupissaient quelque 2.000 prisonniers espagnols et étrangers dans des conditions épouvantables. En janvier 1943 il arriva finalement en Grande-Bretagne. Souhaitant mettre son expérience chirurgicale au service de la cause des Alliés, il demanda la création d'une FSU. Était aussi nécessaire à cet effet un médecin anesthésiste, spécialiste inexistant en Belgique à l'époque. Étant moi-même médecin aux Forces Belges en Grande-Bretagne, je sollicitai un congé pour une formation rapide dans cette discipline.

La FSU belge fut ainsi mise sur pied au début de 1944 et les hommes furent entraînés au montage et au démontage de l'installation, en attendant de pouvoir entrer en action.

Une FTU était d'autre part composée d'un officier médecin, 1 à 2 soldats techniciens et 1 chauffeur. Elle disposait d'un camion équipé de frigorifères. L'officier de la FTU belge était le Sous-Lt. Roger LINZ qui, après la guerre, devint

Chef du Laboratoire de Bactériologie de l'Hôpital St.-Pierre de Bruxelles. La décision de créer cette unité ayant été prise tardivement, le véhicule spécialisé n'avait pas pu être équipé complètement, mais l'équipe pouvait entrer en action en s'intégrant dans une autre unité existante.

### **Le départ en Normandie**

Fin mai 1944, la grande offensive en préparation me parut imminente. Subitement, les hôpitaux refusaient l'admission de cas non urgents, ce qui indiquait la constitution d'une réserve de lits disponibles. Après la nouvelle du débarquement du 6 juin, de nombreux combattants belges manifestaient une cuisante impatience. Mais si la Brigade avait été lancée avec les vagues d'assaut précoces, j'aurais sans doute eu moins de chances de pouvoir rédiger ce compte rendu aujourd'hui.

C'est le 29 juillet qu'arriva l'ordre de faire mouvement pour rejoindre le "21 st. Army Group" de la "British Liberation Army". L'action militaire requérant le secret, nous n'avions aucune idée comment allait se dérouler notre expédition. Mais le déplacement de ce qui comparativement n'était qu'un contingent mineur, était loin d'être une mince affaire. Nous fûmes d'abord transférés dans un camp de transit. Les 2.200 hommes et 500 véhicules furent ensuite méthodiquement embarqués au port de Tilbury à l'embouchure de la Tamise (fig. 1) sur 4 "Liberty Ships", cargos de 10.000 tonnes construits en grande série par la puissante industrie américaine. Les 4 bateaux ont ensuite avancé d'une cinquantaine de kilomètres vers l'est en face de Whitstable où ils ont occupé leur place désignée dans un convoi en formation (fig. 2). Le 6 août, escorté par la marine de guerre, le convoi a levé l'ancre et a parcouru près de 400 km jusqu'à la côte normande. L'arrivée au port artificiel Mulberry B, construit par l'Amirauté à Arromanches, fut une découverte tout à fait sensationnelle (fig. 3). Le débarquement, que j'avais imaginé ardu, pénible, se déroula avec la plus étonnante sim-

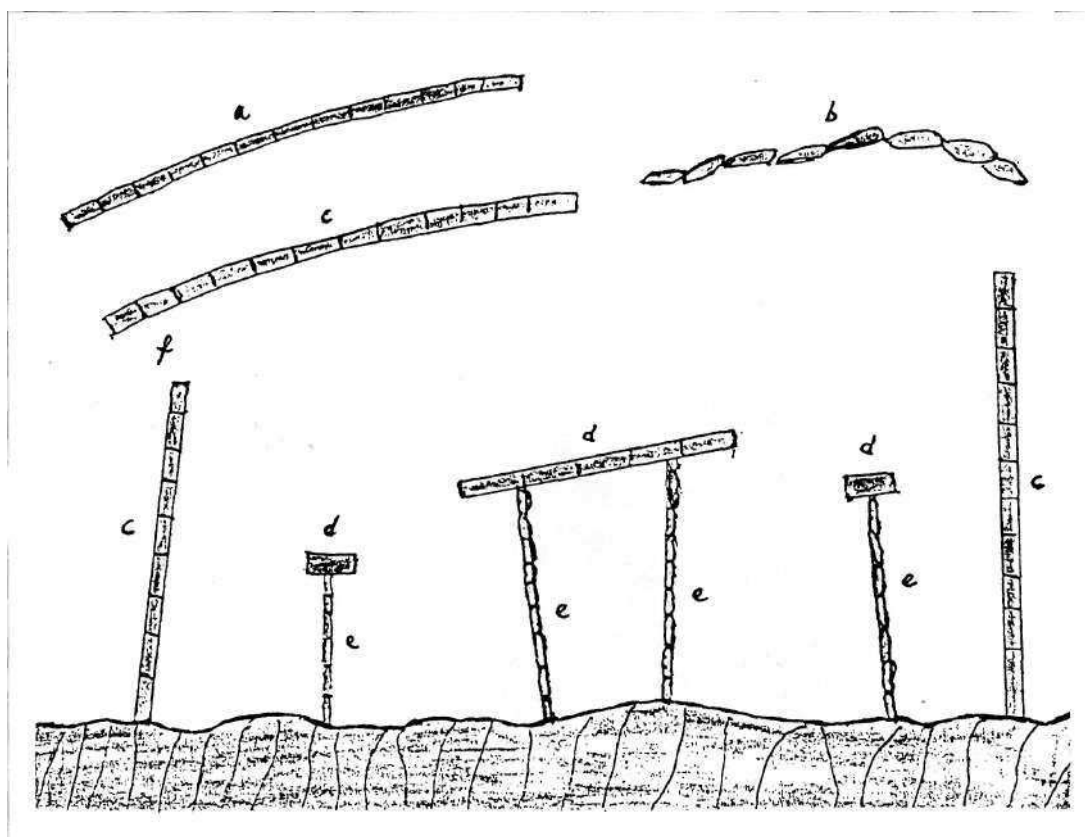
*Fig. 2 : Officiers et hommes du Service de Santé sur le "Transport Ship" Henri Austin, rassemblés pour une communication de service. Le port du masque à gaz est remplacé par celui de la ceinture de sauvetage.*



plicité. Nous accostâmes à un grand quai flottant. Certains véhicules roulèrent par des passerelles du bateau sur le quai; d'autres étaient transférés par des grues avec une précision impeccable et dans une parfaite sérénité. A partir du quai, des jetées flottantes, longues d'environ un demi-kilomètre, nous ont amenés sur la terre ferme. Tout cela se passa dans un calme impeccable, comme une opération technique courante, mais pas sans une émotion intense d'avoir remis pied sur cette petite zone de territoire fraîchement reconquis. La forte émotion fut bientôt coupée par la vue d'écriteaux empreints d'un humour typiquement anglo-saxon. Pendant la traversée, nous portions tous sur la poitrine une ceinture de sauvetage. Au débarcadère, nous passâmes devant un panneau portant l'inscription "Put your May West down here". Dans l'argot militaire, le "life belt" avait ainsi une autre appellation, évoquant l'actrice américaine, célèbre à l'époque, dont le relief anatomique faisait la popularité. Un peu plus loin, il y avait une nouvelle note d'humour : un poteau indicateur, planté à côté de la piste, indiquait aux arrivants la direction de Paris et celle de Berlin.

Les unités combattantes belges furent placées sous les ordres de la "6th. Airborne Division", en ligne depuis deux mois et ayant subi de lourdes pertes. Nos deux unités médicales furent envoyées à un hôpital de campagne du même corps d'armée, le 33 CCS du "1 st. Army Corps", installé près du village St. Jean des Essartiers, dans une "Médical Area" en association avec 3 autres unités médicales. Je me représentais un hôpital de campagne dans une zone de combat comme inévitablement désordonné et plutôt malpropre. Dans notre trajet depuis Arranches un trafic dense, sur un nombre fort limité de chemins de terre, soulevait continuellement des nuages de poussière. Retombant sur la végétation environnante, celle-ci avait conféré à la nature une couleur terne grise. L'hôpital, monté dans une prairie à l'écart des itinéraires encombrés, avait un cadre verdoyant merveilleux. Les nombreuses tentes étaient impeccablement alignées et harmonieusement distancées. On n'apercevait ni débris, ni souillures quelconques abandonnés sur le sol. Le premier contact visuel avait causé une véritable émotion esthétique, peu en accord avec les circonstances du moment.

Fig. 3 : Schéma du port artificiel Mulberry B. a) brise-lames flottant, b) barrage de navires coulés, dont le cargo "Belgique", c) barrages de caissons coulés, d) quais d'accostage, e) jetées flottantes de raccordement, f) chenal d'entrée du port



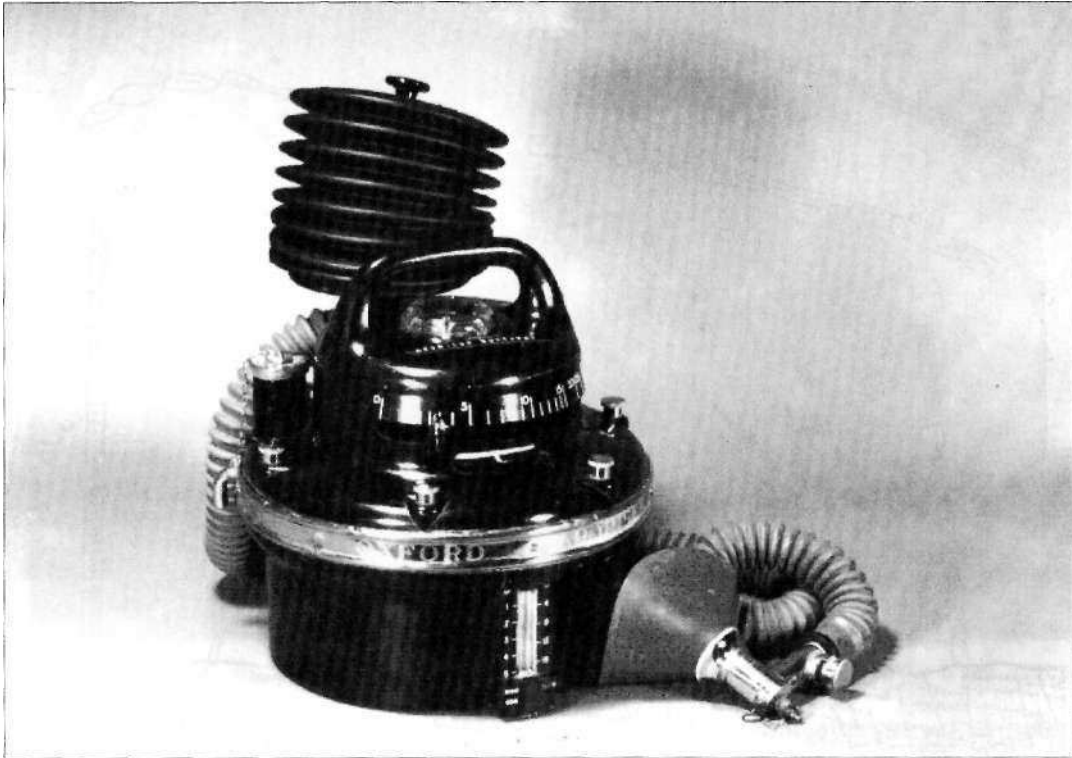
### L'action en campagne

Nous fûmes aussitôt mis à la tâche. Les ambulances déposaient les blessés à la tente dite "Resuscitation". Celle-ci était à la fois un poste de triage et de réanimation. Les patients y subissaient un examen détaillé. Ceux qui étaient à même de poursuivre la route sans risque étaient évacués en Angleterre. Les blessés nécessitant préalablement un traitement chirurgical étaient retenus et y recevaient éventuellement des soins de réanimation.

Le terme réanimation nous fait penser à nos unités de soins intensifs présentes. Mais en 1944 les nombreux moyens, actuellement déployés pour le monitoring, les investigations diagnostiques et la thérapeutique, étaient inconnus pour la plupart. L'état du patient était évalué essentiellement par l'aspect de la peau, la fréquence et la qualité du pouls et la détermination de la pression artérielle.

Dans le domaine thérapeutique, la réanimation respiratoire était inexistante. Pour la respiration artificielle d'urgence, étaient enseignées les méthodes de Schäfer, de Sylvester, de Holger-Nielsen, d'Eve. Les trois premières recouraient à des manoeuvres de compression du thorax ou de son agrandissement par des tractions sur les membres. Dans la méthode d'Eve, le patient, ligoté sur une civière, était oscillé sur un angle de 60° à raison de 20 fois par minute. Ces méthodes n'avaient pas d'efficacité valable et une survie ne pouvait résulter que d'une récupération spontanée précoce. C'est à partir des années 1950 que des groupes d'étude américains ont mis au point les méthodes de respiration artificielle par pression positive intermittente, d'application généralisée à l'heure actuelle. En fait, dans des centres de recherche ou de chirurgie d'avant-garde, des appareils sophistiqués avaient été mis au point, mais ceux-ci n'avaient guère pénétré la pratique générale en 1944.

Fig. 4 : "Oxford Vaporiser", appareil portable pour la narcose à l'éther



Comme analeptiques, étaient utilisés la nikéthamide, l'éphédrine et des vasopresseurs apparentés, mais la seule catécholamine disponible était la précieuse adrénaline. L'arsenal thérapeutique comprenait des bonbonnes d'oxygène et d'excellents masques d'oxygénothérapie.

Les blessés en état de choc étaient souvent placés sous des ponts chauffants. C'étaient des arceaux, constituant un demi-cylindre, dont l'intérieur était garni de lampes électriques chauffantes. La description classique de l'état de choc était la pâleur, des extrémités cyanosées et une peau froide et moite. On croyait ainsi aux vertus d'un réchauffement externe. Toutefois, dans la littérature, des voix autorisées avaient déjà mis en garde contre un recours démesuré de réchauffement.

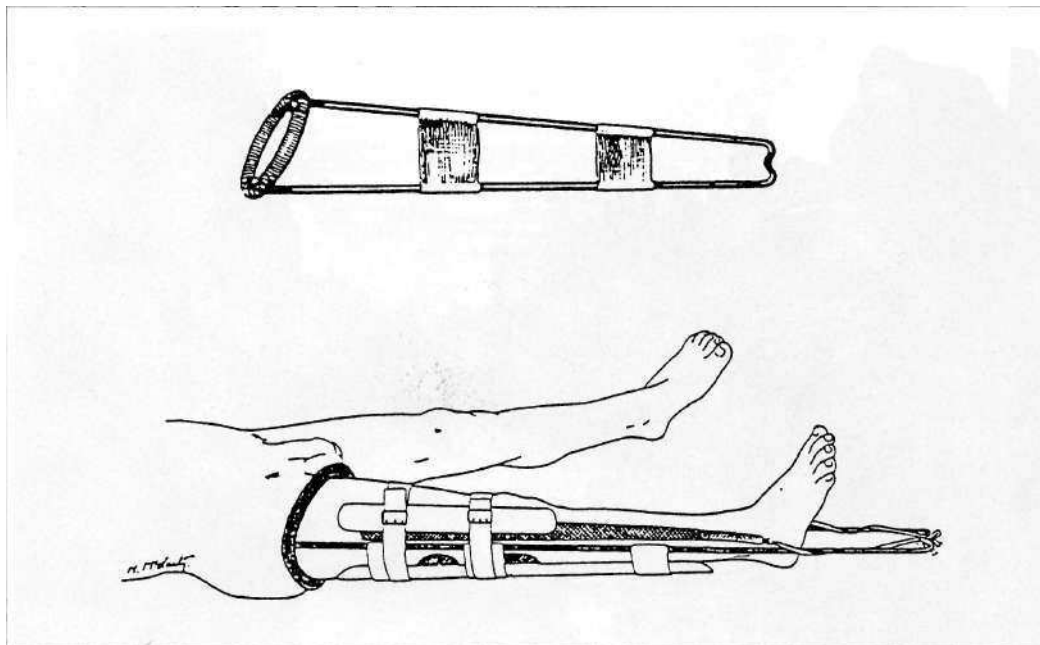
En réalité, l'essentiel de la réanimation était de nature circulatoire, c'est-à-dire l'administration de perfusions intra-veineuses et de transfu-

sions. Les besoins à ce sujet ont toujours été magnifiquement couverts. Les médecins de la tente "Resuscitation" suivaient les effets de cette thérapeutique et décidaient d'une amélioration suffisante pour une opérabilité.

Malgré l'absence du monitoring actuel et d'une réanimation respiratoire véritable, latente "Resuscitation" a rempli un rôle considérable dans le sauvetage de blessés. Il faut rappeler qu'une cause majeure de mort précoce au front de 1914-1918 était le choc hémorragique. C'est en 1917 que la transfusion a commencé à être pratiquée à une échelle importante et c'est depuis lors que des blessés très graves ont réussi à survivre, aboutissant aux grands invalides de guerre.

En 1944, la pratique de transfusion sanguine était parfaitement développée en Belgique. C'est d'ailleurs notre compatriote Albert Hustin qui avait découvert la conservation du sang par le citrate. Par contre, des solutions adéquates

Fig. 5 : Le "Thomas' Splint" et patient appareillé avec cette attelle.



pour perfusion intra-veineuse, répondant notamment au critère d'absence de pyrogène, n'étaient pas obtenables et on faisait uniquement des injections sous-cutanées ou intramusculaires. On ne pourrait assez rendre hommage à l'efficacité des unités de transfusion. Des équipes ont été en action dès le 16 juin 1944 et une banque de sang a fonctionné en Normandie à partir du 11 juin. Les livraisons, effectuées par bateau et par avion, ont couvert une consommation moyenne de 400 bouteilles par jour (3, 4).

Une fois considéré opérable, le blessé était envoyé à la tente opératoire selon les priorités décidées.

Pour l'anesthésie, nous disposions de trois produits : le thiopentone ou Pentothal, le chlorure d'éthyle et l'éther. Le Pentothal avait été introduit aux Etats-Unis en 1935, mais était encore inconnu en 1944 en Belgique. Il était utilisé pour l'induction de la narcose chez tous les patients et souvent comme seul agent anesthésique; dans ce dernier cas, l'injection initiale à la seringue était souvent suivie d'un goutte-à-goutte continu d'une solution à 0,4 %. Pour les opéra-

tions plus importantes, l'anesthésique principal était l'éther, comme d'ailleurs aussi sur le continent européen. Mais la méthode d'administration était très différente.

Sur le continent on utilisait généralement l'appareil d'Ombredanne, décrit par cet auteur en 1908, de conception encore fort primitive et d'un dosage totalement imprécis. En outre, le fonctionnement comportait la réinhalation d'une partie de l'air expiré avec augmentation du taux sanguin de CO<sub>2</sub>. Ceci produisait une hyperventilation gênante en chirurgie abdominale. L'appareil dont nous étions équipés était l'Oxford Vaporiser (fig. 4), créé en 1941. Débitant des concentrations d'éther précises, il constituait un progrès considérable. Pour l'emploi en campagne il avait en outre l'avantage d'être compact, aisément transportable et de fonctionner à l'air atmosphérique avec possibilité d'adjonction d'oxygène, si disponible. Le chlorure d'éthyle n'était administré que durant quelques minutes pour faciliter l'absorption d'éther.

Concernant le travail chirurgical, la table d'opérations était rudimentaire sur des tréteaux. Avec l'aide de coussins et de couvertures on

Fig. 6 : Traversée de la ville de Caen le 2 septembre 1944.



s'efforçait de mettre le patient dans la position posturale requise. L'éclairage était donné par des ampoules électrique fixées aux bouts de 6 lattes disposées comme les rayons d'une roue autour d'un axe central. La technique chirurgicale était celle apprise par l'expérience de la guerre de 1914-1918. Sur la table d'instruments il y avait toujours un bassin contenant des litres d'une solution d'acriflavine à 0,1 % de couleur jaune intense.

Des expériences de laboratoire avaient montré que des plaies inoculées avec une dose de streptocoques pyogènes, évoluant normalement vers la cellulite et la septicémie, guérissaient bien si elles étaient nettoyées endéans les 2 heures avec cette solution antiseptique (5). Aussi, chez nos blessés, sans doute encore sous l'effet du spectre des redoutables infections qui avaient sévi durant la première guerre mondiale, les plaies et les cavités internes ouvertes étaient abondamment lavées avec cette solution jaune or. En outre, les instruments et les gants y étaient périodiquement rincés, conservant un aspect agréablement propre au

champ opératoire. C'était le style de l'époque, maintenant évanoui. En fin d'opération, les plaies, soit fermées, soit laissées ouvertes, étaient saupoudrées de poudre de sulfamide, conformément à l'expérience favorable obtenue au cours de la guerre d'Espagne.

J'ai le souvenir de seulement trois infections dramatiques, toutes chez des blessés allemands, trouvés abandonnés par leurs troupes en retraite. L'un était un jeune de 17 ans, atteint de péritonite, pleurant désespérément en appelant sa mère; le deuxième avait une gangrène dans un vaste trou de la région fessière; le troisième avait un empyémethoracique paraissant curable. A part les facteurs des conditions de la bataille, il y a lieu de remarquer que la qualité de la médecine allemande était tombée à un niveau déplorable. Pour le régime nazi, la médecine n'était pas contributive à la puissance de la nation et les études de médecine avaient ainsi été écourtées. En conséquence, les jeunes médecins étaient d'une ignorance crasse et seuls les aînés de la profession avaient une compétence valable. J.K. Willson-Pepper (6) a



Fig. 7 : Passage de la Seine à Rouen sur le pont de chemin de fer partiellement détruit



décrit l'état de 105 blessés allemands dont il avait repris la charge aux médecins militaires allemands en novembre 1944. Beaucoup d'entre eux avaient des drains laissés passivement en place depuis 6 semaines à 3 mois. Le pus s'écoulait dans des bassins placés sur le lit et parfois devenus adhérents au matelas. Étonnamment, certains blessés avaient des drains ouverts en-dessous de leur plâtre. Les patients étaient rarement lavés et couverts d'escarres. Ils avaient les yeux hagards de drogués. Une infirmière a été vue injectant de la morphine en série, avec une seringue de 10 ml., sans changer d'aiguille.

Dans les services de santé des Alliés, à part la différence de qualité de la médecine, l'année 1944 était le début d'une utilisation importante de la pénicilline. Le précieux produit était administré parcimonieusement à raison de 20.000 unités toutes les 3 heures ou bien en débit intramusculaire continu d'une solution de 100.000 unités dans 500 ml. de liquide. Traités ainsi, des hommes des unités blindées, victimes de brûlures étendues et arrivant plusieurs jours

plus tard à un hôpital en Angleterre, présentaient après l'enlèvement des pansements une surface tissulaire cruentée sans suppuration, fait véritablement étonnant à l'époque.

Pour les fractures du membre inférieur, l'attelle de Thomas (fig.5), décrite par cet orthopédiste britannique en 1870, a toujours été largement utilisée (7). Cet ingénieux support a rendu de précieux services, permettant de stabiliser efficacement, avec facilité et rapidité, le membre traumatisé, au point que bon nombre de fracturés n'ont pas requis d'autre traitement ultérieur.

L'opération terminée, le blessé était transféré à une tente d'hospitalisation, où il était pris en charge par d'autres médecins.

La tente opératoire était ainsi en activité pratiquement continue. Deux équipes s'y succédaient à une alternance de 8 heures, de sorte que chacune était au travail pendant 12 heures sur les 24. Les 8 heures d'intermède étaient consacrées au sommeil, à la toilette et aux

repas. A ce rythme de travail, nous avons sans doute un rendement maximal, restant toujours en excellente forme, sans jamais souffrir d'un excès de fatigue, ce qui était évidemment très important pour la sécurité des patients.

Une telle structure d'exercice de la médecine avait un certain caractère de taylorisme. Nous étions ancrés à la salle d'opérations sans voir les patients avant l'opération et sans les suivre ensuite. Du point de vue de la médecine civile, ceci apparaissait comme une médecine déshumanisée. Alfred Dumont en était quelquefois offusqué. Mais les règles en vigueur étaient clairement bénéfiques. L'ambiance du travail était d'ailleurs hautement gratifiante. Jamais nous n'avons manqué de quoi que ce soit dans les médicaments, les solutions de perfusion, lesangtransfusionnel, les fournitures diverses. Nous avons le sentiment d'accomplir nos tâches dans des conditions optimales pour les circonstances existantes. Sûrement, des blessés sont décédés avant d'arriver à la tente opératoire.

D'autre part, nous n'avions pas connaissance de l'évolution après l'opération. Il y avait aussi des cas irrattrapables. J'ai ainsi le souvenir d'un blessé arrivé en coma, ayant une artère carotide déchirée. Nous avons uniquement pu extraire le projectile, vider l'hématome et ligaturer l'artère et le patient est parti dans un coma inchangé. Un autre souvenir émouvant des limites de possibilités au premier échelon chirurgical est celui d'un très jeune Belge. Il avait été engagé comme volontaire à moins de 18 ans, ayant menti sur sa date de naissance. Un éclat d'obus avait tranché sa verge qui ne pendait plus que par un lambeau de peau. Nous étions très peines par l'injustice du sort pour ce jeune courageux. Afin de faire quelque chose, même sans espoir, ne fût-ce que pour son moral, une suture fut pratiquée avant de l'évacuer. Trois ans plus tard, en novembre 1947, j'assistais à une réunion de la Société Belge de Chirurgie. Au programme de la séance figurait une com-

munication du célèbre chirurgien plastique britannique Sir Harold Gillies sur ses résultats opératoires de la récente guerre. Il avait fait venir à la réunion un ancien patient. Il le fit monter sur l'estrade et le pria de se déculotter. Fièrement, Sir Harold fit des commentaires sur la réussite d'une plastique du pénis qu'il décrivit très fonctionnel pour les deux rôles à remplir. J'identifiai notre jeune blessé de Normandie et ce fut une très heureuse surprise.

Ainsi donc, nous n'avons jamais eu l'impression de ne pas disposer des moyens pour pouvoir faire pour nos blessés tout ce qui était possible. Nous avons aussi eu la chance, grâce à ceci, de ne jamais avoir de décès sur la table d'opérations. Je crois utile de faire encore une remarque sur l'atmosphère psychologique dans laquelle nous avons travaillé et ce pour la raison suivante. En 1970 fut diffusé, avec grand succès commercial, le film MASH, ayant comme cadre le Service de Santé dans la Guerre de Corée. Dans la société moderne, les images du cinéma tendent à être une référence pour le public. En occurrence, cette image était une farce grotesque, choquante en rapport avec le sujet traité. Dans la réalité vécue en Normandie, nous n'avons jamais envie de plaisanter mais étions profondément tourmentés par les drames dont nous étions témoins.

Le registre des opérations que nous avons pratiquées n'a pas été retrouvé. Dans un rapport du Commandant du 33 CCS, le Lt. Col. Heywood Jones, contenant des analyses statistiques, la durée moyenne des opérations fut de 1 h. 42 min. Sur cette base, nous aurions soigné environ 150 blessés au cours de la bataille de Normandie (Public Record Office, London) Doc. WO 222/701).

### **Fin de, a campagne**

Continuellement absorbés par le travail, nous étions peu informés sur l'évolution de la situation militaire, conscients seulement de l'âpreté

des combats par l'afflux des blessés, notamment de la fameuse poche de Falaise. Quelquefois, nous entendions des explosions lointaines, mais elles ne perturbaient nullement notre activité. Nous étions confiants sans rien savoir de précis.

Durant tout ce mois d'août, la Brigade belge avait combattu en direction Nord-Est parallèlement à la côte atlantique. Elle avait franchi successivement les obstacles naturels des rivières Orne, Dives, Touges, Risie et libéré de nombreuses petites villes et villages, Franceville, Merville, Cabourg, Pont-l'Evêque, Pont-Audemer, Auberville, Villers-sur-Mer, Deauville, Trouville, Honfleur (Fig. 1). Ses missions militaires avaient été exécutées avec brio. En témoigne le message de félicitations envoyé le 29 août par le Major-Général Richard Gale, Commandant de la "6th. Airborne Division" (1). Il est bien connu que nos amis anglais ne sont guère prodigues en éloges et ceux qu'ils exprimaient ont été indubitablement bien mérités. L'objectif suivant pour la Brigade était de pousser vers Le Havre, port d'importance stratégique. Mais le 1 septembre, il apparut que, sur tout le front de Normandie, les Allemands reculaient en déroute. Les ordres furent alors changés et la Brigade Belge allait prendre place derrière la "Brigade of Guards" pour marcher sur Bruxelles.

Nous reçûmes ainsi subitement à la 33CCS, le 1 septembre, l'ordre pour les Belges de charger le matériel, toutes affaires cessantes, et de partir vers Rouen et y rejoindre la Brigade Belge. Ce fut une surprise totale avec une explosion de joie. Le passage de Caen nous donna le spectacle des effroyables destructions de guerre (fig.6). Nous pûmes traverser la Seine à Rouen sur un pont de chemin de fer, dont le tablier était brisé, encombré de débris et de cadavres de chevaux, mais franchissable (fig. 7). Dans l'après-midi du 4 septembre, nous entrâmes dans Bruxelles libéré, dans une atmosphère de liesse inoubliable. C'était l'heureuse clôture de la bataille de Normandie.

## 50 ans plus tard

Bien qu'ils ne remontent qu'à 50 ans, les faits relatés sont devenus de l'histoire, appartenant à un passé révolu. Bien des pratiques décrites ont cessé d'exister. Pour une autre raison aussi, la médecine militaire de 1944 est devenue histoire. A l'époque, pour sauver des vies humaines, la chirurgie était portée vers le blessé, près du front. Avec la performance actuelle des hélicoptères, il est devenu possible et plus rationnel de transporter avec rapidité les blessés vers des hôpitaux civils normaux plutôt que de les soigner dans des conditions de camping de boy-scouts et de bricolages inventifs.

Il est difficile et serait présomptueux de porter un jugement d'ensemble sur le travail des unités de chirurgie militaires en 1944. Une comparaison avec la Première Guerre Mondiale conduit clairement à la conclusion de progrès énormes. Par rapport à la campagne de 1940, tous les récits dont j'ai eu connaissance furent un écho de confusion, de désordre et d'incapacité, liés aux conditions militaires. Pour 1944, il reste le sentiment d'avoir pris part à une action qui avait été magnifiquement préparée et planifiée et où tout a fonctionné admirablement, avec une organisation et une discipline sans faille.

Moralement, se pencher sur ce passé éveille des sentiments mélangés. Il y a eu les drames douloureux qu'engendre toute guerre. Etre témoin d'un défilé d'hommes jeunes et vaillants, brutalement anéantis ou partiellement démolis est terriblement bouleversant. Dans la bataille de Normandie, la Brigade Belge a perdu 28 hommes. Parmi ceux-ci, il y avait un ami proche, le Lt. Benjamin Pinkous, blessé mortellement à la traversée de la Touques. Etudiant en pharmacie, il se trouvait avec moi au Centre d'Instruction du Service de Santé belge aux Sables d'Olonne le 18 juin 1940, lors de la capitulation de Pétain. Nous avons fait ensemble notre évasion vers l'Angleterre et partagé de périlleuses aventures. Il a suivi la formation à l'Ecole

des Officiers de Sandhurst et ensuite celle de commandos en Ecosse. Il est tombé, comme il est dit, "au champ d'honneur". Mais déjà avant l'engagement au combat, l'entraînement rude durant les années de préparation fit des victimes qui sont mortes sans aucune gloire. Un camarade très attachant, Robert Stenuit, étudiant en philosophie et lettres, d'un caractère joyeux, véritable boute-en-train, s'est tué en vol d'entraînement sur un avion Spitfire. Je fus témoin de la mort accidentelle du Capitaine Georges Truffaut, député socialiste, très aimé de ses hommes. Dirigeant un exercice de lancement de grenades pour sa Compagnie, il n'appliqua pas assez pour lui-même les précautions qu'il recommandait. Un éclat pénétra par l'orbite dans son crâne et il fut tué sur le coup.

Personnellement, je suis un enfant de la Première Guerre Mondiale. Sur les bancs de l'école, il me fut enseigné que la guerre 1914-1918 avait été la dernière et que dorénavant les conflits entre Etats seraient résolus au sein de la Société des Nations. Les paroles du maître de classe étaient, pour moi comme pour tout enfant, la vérité. Les événements n'ont point tardé à démentir cette affirmation. L'agressivité est regrettamment un trait de la nature humaine. Nous continuons à voir des nations et des groupes humains s'affronter sauvagement dans une compétition vaniteuse pour le pouvoir. Toutefois, notre combat dans la Deuxième Guerre Mondiale avait un objectif d'une signification supérieure : celui de reconquérir une vie de liberté. Aux sacrifices que nous avons dû subir, avec nos alliés de 1939 à 1945, l'alternative était un monde dirigé par des Hitler, des Mussolini, leurs émules et acolytes. Après une guerre meurtrière nous ne vivons certes pas dans un monde qui nous satisfait, mais nous pouvons considérer que nous avons au moins évité un monde pire.

## Références

1. Didisheim R. (1946) *Histoire de la Brigade Piron*. Bruxelles : Pim Service.
2. Weber G. (1978) *Histoire et histoires de la Brigade Piron*. Bruxelles : Ed. Louis Musin.
3. Crew F.A.E. (1962) *The Army Medical Service*. In *History of the Second World War*. London : H.M.S.C..
4. Cope Sir Zachary (1953) *Surgery*. In *History of the Second World War*. London : H.M.S.C..
5. Garrod L.P. (1940) Action of antiseptics on wounds. *Lancet* I : 798.
6. Willson-Pepper J.K. (1946) A German Military Hospital in 1944. *Lancet* I : 139
7. Bailey H. (1941) *Surgery of Modern Warfare*. Edinburgh : E & S Livingstone.

## Note biographique

*Né en 1917 à Scheveningen, Hollande, l'auteur était en fin d'études de médecine à l'Université Libre de Bruxelles lorsque, le 10 mai 1940, l'armée allemande envahit la Belgique. Ayant rejoint comme volontaire le Service de Santé de l'Armée Belge, il quitta le continent européen après la capitulation de Pétain pour rejoindre les Forces Belges Libres en formation en Grande-Bretagne.*

*Là il apprit la spécialité d'anesthésiologie, inexistante à l'époque en Belgique. Ayant participé comme anesthésiste à la bataille de Normandie, il en fit sa profession après la guerre. Il créa ainsi à l'Institut Jules Bordet le premier Centre d'Anesthésiologie des hôpitaux universitaires de Bruxelles. Il y développa l'enseignement de cette spécialité, fut un des fondateurs de la Société Belge d'Anesthésie et de Réanimation et secrétaire de rédaction des Acta Anaesthesiologica Belgica.*

*Ses publications ont principalement porté sur divers agents anesthésiques qui ont été introduits dans la pratique clinique depuis 1944, les effets de ces produits sur la circulation cérébrale, certaines complications peropératoires et postopératoires ainsi que des sujets d'Histoire de la Médecine, de l'anesthésie et de la réanimation.*

***C'est avec tristesse que nous avons appris le décès du Prof. Henri Reinhold le 15 septembre 1995, à Emek Soreq, Israël. Nous présentons à sa famille et ses proches nos plus sincères condoléances.***