Chirurgie et chirurgiens d'une ambulance française en 1915 *

par François GOURSOLAS **

Il faut céder la parole à deux témoins, l'un anglais, le général Spears (1), alors lieutenant de liaison détaché à la 5e armée française en 1914, s'interrogeant de la sorte : "Ce qu'est vraiment la guerre ?... un horrible massacre, une abrutissante succession d'ennuis, de fatigue et de peur", l'autre, français, chroniqueur du journal *"Le Lion d'Arras"*, infirmier de l'hôpital militaire de la ville, Gabriel Aymé, relatant le 6 octobre 1914 dans le style de l'époque la vie sous les bombardements : "Peut-être le fracas qui secoue les airs vient-il arracher la vie au monde pour la jeter éperdue dans la Vallée du Jugement !".

A la fin de septembre 1914, lors de la "Course à la mer", s'engageait la première Bataille d'Artois. Successivement se déroulèrent une attaque infructueuse française sur Lens et Vimy, une contre-attaque allemande, puis au début d'octobre, une attaque allemande sur Arras qui ne sera pas occupée. Les 31 octobre et 1er novembre, deux nouvelles attaques allemandes, et une encore le 16 janvier 1915, étaient repoussées. Le même mois, une attaque française sur Notre-Dame-de-Lorette à 10 kms au Nord d'Arras et deux nouvelles attaques en mars et avril 1915 étaient suivies d'échec.

A partir du 8 mai 1915, il s'agit de ce que les historiens militaires appellent "la deuxième Bataille d'Artois" ; le commandement français, sous les ordres de Foch, reprend les opérations : les Français s'emparent enfin de Notre-Dame-de-Lorette, progressant de trois kms sur un front de cinq kms, mais les Allemands contre-attaquent à partir du 23 mai. C'est une guerre acharnée de position : 300.000 obus sont tirés par l'artillerie française le 10 juin 1915.

Comment aurait-on pu prévoir que les combats entre les deux armées atteindraient une telle férocité ? Comment le service de santé des armées a-t-il pu faire face à de tels événements ?

Les chirurgiens mobilisés à l'hôpital civil d'Arras ne pouvaient opérer et soigner tous les blessés qu'on amenait sur des brancards, sur des matelas, dans des charrettes tirées par des chevaux. Le chroniqueur a noté que *"les derniers venus, alignés dans la*

(*) Communication présentée à la séance du 26 mai 1990 de la Société française d'Histoire de la Médecine.

(**) 2 rue de Rosmadec, 56000 Vannes.

cour de l'hôpital, attendaient parfois des places vides à l'intérieur". L'hôpital recevait sporadiquement des obus d'artillerie. Le 7 juin 1915 se termine l'installation de l'ambulance automobile chirurgicale numéro deux (auto-chir 2) dont le médecin-major Rouvillois a pris le commandement à la fin de mai. Dès le 8 juin débute son activité opératoire qui ne cessera pas jusqu'à la fin de la guerre.

Le commandement l'a implantée dans un petit village au Nord-Ouest d'Arras, Houdain, situé en bordure des puits de mine du bassin houiller du Pas-de-Calais, dans une petite vallée au pied des collines de l'Artois, à treize kms en arrière de Notre-Dame-de-Lorette, à la limite de portée de l'artillerie adverse pour éviter la peur chez les blessés hospitalisés, mais aussi près que possible de la ligne de front pour faciliter les évacuations.

Cette installation des premières "auto-chirs" au printemps 1915 étaient la réponse du service de santé à ce que Pirogoff, de Leipzig, avait appelé *"une véritable épidémie de traumatismes"*. Il était en effet impossible de prévoir ses *"poussées extensives"* comme le dira Rouvillois à l'ouverture du congrès de chirurgie de 1936 (2).

Le service de santé des armées en 1915

Le professeur Ferraton, élève d'Edmond Delorme (1847-1929), médecin général inspecteur en 1912 à l'Ecole d'application du Val de Grâce, avait enseigné un cours de "Chirurgie d'armée". Les blessures par éclats d'obus y étaient déclarées rares et peu pénétrantes en principe. Il insistait sur les blessures par balles. Dans le traitement, il faisait la distinction entre les blessures bénignes, les plus fréquentes, imposant l'abstention chirurgicale et les blessures graves des membres avec fractures comminutives, nécessitant le plus souvent l'amputation. Il considérait que la mise à plat de la plaie devait être rarement effectuée puisque les grandes plaies déchiquetées seraient rares.

Dans les plaies de l'abdomen, le traitement était encore mal codifié ; il préconisait soit l'abstention, soit le simple drainage sus-pubien "à la Murphy". Les plaies du thorax et du crâne étaient mal connues.

Quant à l'organisation des soins en campagne, elle opposait les formations sanitaires instables et précaires de l'avant aux formations stables de l'arrière, se rapprochant du temps de paix : "Evacuer, évacuer", telle était la doctrine avant la Grande-Guerre.

La terrible vérité n'allait apparaître qu'après la Marne, lorsque Edmond Delorme dans sa communication du 5 octobre 1914 à l'Académie des sciences révélait *"le nombre des blessés par éclats d'obus est de 95 %... Il est des combats qui ne sont presque que des engagements d'artillerie. La nature des blessures est toute différente... Il faut que la chirurgie active soit résolument concentrée vers l'avant..."*.

Le 15 octobre 1914 était créée, au Grand Quartier Général, une direction générale du service de santé dont le chef, le médecin général Chavasse, ancien professeur au Val de Grâce, sera, selon le professeur Mignon (3), *"le véritable organisateur du service de santé aux armées"*. L'une des mesures heureuses qu'il prendra sera de créer, au début de 1915, les ambulances automobiles et de nommer les médecins-chefs *"selon une rigueur de principe dont il ne s'est jamais départi... ne plaçant à leur tête que des chirurgiens de carrière, soit agrégés des universités, du Val de Grâce, soit attachés aux hôpitaux civils"*.

Le médecin général Mignon, dans une conférence au Val de Grâce en mai 1913, avait entrevu la nécessité de ces ambulances : *"Un blessé grave... devra demeurer sur place, dans une ambulance sur la zone des armées, sur le terrain de la lutte... Les grands blessés resteront là quinze jours, deux mois s'il le faut. Ils ne prendront la route du territoire qu'au début de leur convalescence"*.

Après de fâcheux débuts imposés par la gravité des événements et une doctrine reposant sur des "faits mal interprétés" (4), le service de santé français redressa la situation : *"le principe de l'opération chirurgicale immédiate et complète du blessé devint impératif dès 1915"*.

L'autochir 2

Il s'agit par abréviation de "l'ambulance chirurgicale automobile n° 2" qui soigna 1.643 grands blessés de juin 1915 à mars 1916 à Houdain. Elle était installée dans la cour de l'école communale dont les bâtiments, divisés en école de filles et école de garçons, réquisitionnés, servaient de salles d'hospitalisation pour cent blessés environ ; cette seconde "ambulance" numérotée 5/17 et "jumelée" à l'autochir lui servira de "nourrice" jusqu'à la fin de la guerre.

Dès l'entrée dans la cour, les blessés étaient déshabillés et enregistrés sous une tente Bessonneau, puis lavés, triés et préparés à l'intervention dans une seconde tente accolée au bloc opératoire. Celui-ci, constitué d'une baraque rectangulaire faite de panneaux démontables, comportait une salle de radiologie, une grande salle d'opération et une petite salle de stérilisation. Accolés au bloc opératoire, un camion comportant le matériel de stérilisation, un camion radio et un camion avec groupe électrogène, une tente pour salle de pansements, une tente de nettoyage des gants et instruments. Enfin, dans les bâtiments annexes de l'école, étaient installés la "popote" de l'ambulance 5/17 et la "popote" de l'A.C.2.

Les plans des "autochir modèle 1915" avaient été dressés sous la direction d'Antonin Gosset (1872-1944), alors médecin-major : le matériel de stérilisation, de radiodiagnostic, du groupe électrogène était contenu à demeure dans trois camions de 3,5 tonnes de charge utile, étiquetés respectivement A, B et C. Il y avait, dans la salle d'opération, trois tables permettant à trois équipes de travailler en même temps. Une autre salle d'opération comportait un poste fixe de radiographie supplémentaire. Dans la stérilisation se trouvaient un Poupinel, une chaudière fournissant la vapeur et un grand autoclave horizontal. Le groupe électrogène fournissait lumière et chauffage par radiateurs. Plus tard, un camion annexe contiendra la pharmacie.

Ces matériels, qui rendirent d'immenses services, avaient l'inconvénient de comporter une certaine lourdeur : il fallait compter trois jours pour le montage comme pour le démontage ; de nombreux camions fournis par l'Etat Major étaient nécessaires pour le transport. Les ambulances chirurgicales type 1915 furent numérotées de 1 à 30. Les plus grands parmi les chirurgiens de Paris et de province les commandèrent : Carrel - De Fourmestraux (5) - Gosset - Grégoire - Lardennois - Lenormant - Leriche - Massabuau - Mathieu - Mocquot - Proust - Renon...

La première autochir avait été affectée à un corps d'armée sous la direction du professeur Proust le 11 mai 1915, mais on s'aperçut vite qu'il fallait l'affecter non à un corps de troupe, mais à une "réserve sanitaire" à la disposition de la direction de l'arriè-

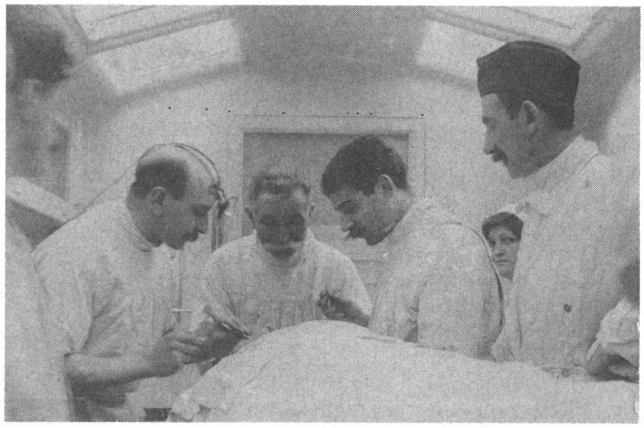

Fig. 1
Médecin général Sieur, professeur au Val de Grâce, futur président de la Société française d'Histoire de la Médecine au centre et le docteur P. Goursolas, médecin O.R.L. à sa gauche, opérant à l'autochir Rouvillois (photo d'archives).

Fig. 2
Henri Rouvillois,
plaque apposée au Val de Grâce.

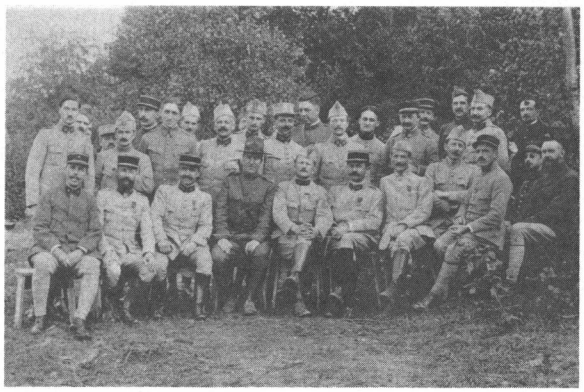

Fig. 3
Professeur H. Rouvillois assis au centre,
à côté d'un officier américain,
docteur S. Oberlin debout 6e à partir de la gauche,
docteur P. Goursolas debout 9e à partir de la gauche,
derrière H. Rouvillois
(photo d'archives).

re qui devait régler ses mouvements. Le personnel était choisi par la direction du service de santé et la faveur d'être nommé à une autochir était très courue.

Les premières autochirs furent créées avec l'aide financière de généreux donateurs privés, et inaugurées "avec éclat" par Alexandre Millerand, ministre de la guerre du cabinet Viviani, futur Président de la République. L'un des anciens chirurgiens-chefs a écrit en 1934 : *"Il est certain que, même dans la pratique civile, il est difficile de constituer des centres chirurgicaux aussi parfaits que les ambulances autochir"*. Cette remarque est restée valable bien après la fin de la seconde guerre mondiale (5).

Le personnel

Henri Rouvillois, médecin-major de 1ère classe, dirigeait l'ambulance mais tenait à remplir sa fonction essentielle de chef d'une des quatre équipes chirurgicales. Les quatre chirurgiens étaient assistés chacun d'un aide-opératoire. Deux médecins, un médecin radiologue, un pharmacien, un pharmacien auxiliaire, un officier d'administration, deux médecins auxiliaires, vingt-huit infirmières et infirmiers, deux sergents, un caporal complétaient le personnel, l'ambulance étant alors installée près de Verdun.

L'effectif à Houdain comportait déjà quatre équipes chirurgicales pour un plateau technique beaucoup moins important. Henri Rouvillois (1875-1969) n'avait pas encore atteint la célébrité mais professeur agrégé du Val de Grâce, il s'était fait connaître des milieux médicaux militaire et civil en publiant à la Société nationale de chirurgie des observations de plaies traitées par lui à l'hôpital de Casablanca durant la campagne du Maroc de 1911. Mobilisé en 1914 comme médecin-chef et seul chirurgien d'une ambulance de corps d'armée en campagne, il se trouva jusqu'en mai 1915 devant une situation difficile : "nombreux blessés, locaux de fortune, personnel et matériel insuffisants pour faire oeuvre chirurgicale" (6). Rouvillois prit ensuite la direction de l'autochir 2 et opéra ses blessés jusqu'à la fin de la guerre, fit plusieurs communications de 1916 à 1918 à la Société nationale de chirurgie, réunies dans un livre publié en 1924 avec ses trois collègues de l'ambulance (7), poursuivra sa carrière comme professeur de chirurgie, puis médecin-directeur du Val de Grâce ; il accéda au grade de médecin général inspecteur. Il fut, dès 1924, notre confrère à la Société française d'Histoire de la Médecine avec pour parrain son maître et ami le médecin général Sieur, l'un de nos anciens présidents ; il fut membre de l'Académie de chirurgie, président de l'Académie de médecine, Grand-Croix de la Légion d'honneur.

Le second en grade de l'ambulance était Albert Pedeprade, nommé interne des hôpitaux de Paris le 20 janvier 1897, remarquable chirurgien de Bagnères-de-Bigorre, "l'un des représentants de cette décentralisation de la chirurgie avant guerre sur notre territoire" (5), mobilisé comme médecin major de 2e classe.

Le troisième chirurgien était le professeur Paul Guillaume-Louis (1878-1957), ancien interne des hôpitaux de Paris (1902), professeur d'anatomie à l'Ecole de médecine de Tours, aide-major à l'autochir 2, auteur de publications à la Société nationale de chirurgie. Il continuera sa carrière comme chirurgien-chef de l'hôpital de Tours, puis directeur de l'Ecole de médecine ; élu maire de Montbazon, il deviendra président du conseil général d'Indre-et-Loire.

Antoine Basset (1882-1951), interne des hôpitaux de Paris en 1907, prosecteur et chef de clinique de Delbet en 1911, était le plus jeune des chirurgiens ; il deviendra

chirurgien des hôpitaux de Paris en 1919, professeur agrégé en 1920, professeur honoraire en 1943, membre de l'Académie de médecine en 1949. Il fut le beau-père du professeur Guy Le Lorier.

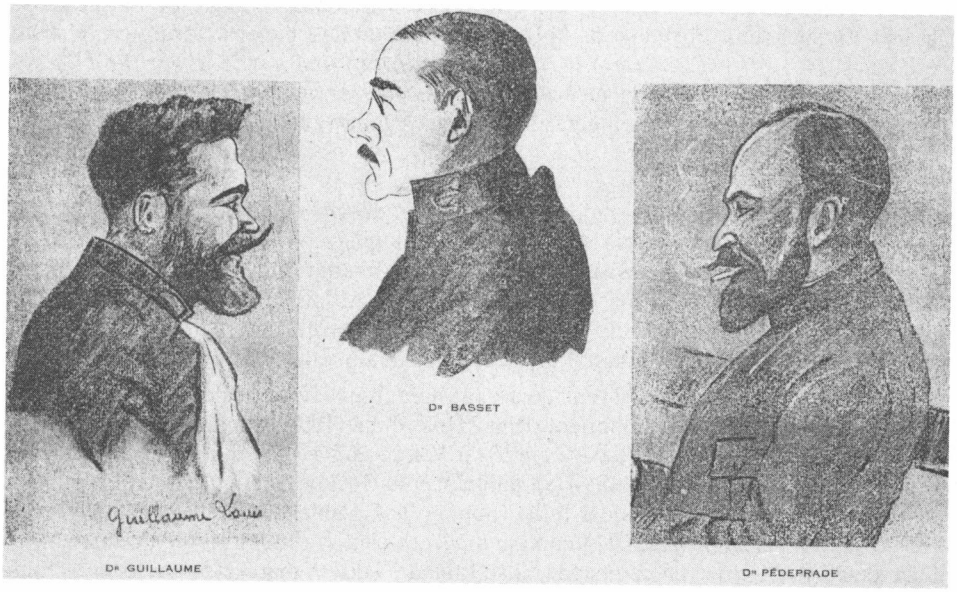

Fig. 4
Silhouettes dessinées par le docteur Bernard, médecin de l'A.C.2.

Les aides-opératoires étaient Aveline, Dinnemartin, Jean Penot mobilisé au cours de la première année de son internat et Sice qui devait se couvrir de gloire durant la deuxième guerre mondiale au cours de la campagne d'Afrique. Le radiologue était le docteur Mahar de Paris et M. Malterre, officier d'administration de 1ère classe "avec un louable zèle, s'occupait de la gestion". La pharmacie était tenue par M. Delaunay venu de l'hôpital de Montargis, ancien député du Loiret. En 1917 devait venir comme médecin aide-major de 2e classe, Serge Oberlin (1892-1973) alors jeune interne des hôpitaux de Paris (1913), qui continuera sa carrière comme chirurgien des hôpitaux, chirurgien chef de la S.N.C.F., anatomiste et président du Conseil de l'Ordre des médecins en 1950.

Un illustre voisin, médecin-chef de l'autochir 1 redéployée en Artois, venait souvent rendre une visite amicale à l'ambulance, le professeur Robert Proust (1873-1935) - frère puîné de Marcel Proust - auréolé de sa compétence chirurgicale et remarqué de tous par son sang-froid lors de la Bataille des Frontières à Etain quand il opéra, en août 1914, jusqu'au dernier moment à l'hôpital des Dames Françaises sous les bombardements. Derrière "un aspect un peu nonchalant, toujours affable, il masquait une énergie et une activité peu communes", a dit de lui son ami Charles Lenormant (8), lui-même ancien médecin-chef de la même autochir.

Technique chirurgicale

Selon les paroles mêmes de Rouvillois, *"l'autochir disposant de puissantes ressources en personnel et en matériel devait permettre d'opérer dans les meilleures conditions de confort chirurgical"*. Il s'était rendu le 21 juillet 1915 à la Société de chirurgie de Paris un jour où, par exception, il n'y avait eu que deux blessés à opérer. Dans une *"Note sur l'utilisation des locaux techniques"*, il précisait que son ambulance ne soignait que les blessés non transportables vers l'arrière, donc qu'il sagissait d'une chirurgie lourde. Mais ceux-ci parvenaient à l'ambulance souvent trop tard ; dans une statistique établie deux ans après, Rouvillois compte sur 112 admissions, moins du tiers blessé depuis moins de six heures, la moitié entre six et douze heures, le reste depuis plus de douze heures et même plus de vingt-quatre heures. Il notait aussi que le choc traumatique devenait grave six heures après la blessure, *"chez ces malheureux réduits pendant le premier hiver de la campagne à l'état de bloc de boue ensanglanté..."* ; il ajoutait : *"le problème est d'amener le blessé au chirurgien dans le minimum de temps avec le maximum de confort"*.

Dans une statistique, il note que, sur 254 plaies de l'abdomen, 60 sont inopérables en raison *"de l'absence à peu près complète de pouls radial"*. A cette époque, on traitait le choc traumatique par le réchauffement, le sérum physiologique sous-cutané, l'huile camphrée intra-musculaire. Les transfusions de sang citraté ne seront faites à l'autochir 2 qu'à partir de l'été 1918. On soignait donc mal la réanimation des hémorragies internes ; les hémothorax, au-delà d'un à deux litres, étaient au-dessus des ressources thérapeutiques de l'époque.

L'étude du registre opératoire n°1 conservé au Val de Grâce montre que sur cinq cents blessés en juin et juillet 1915, cent trois - soit le cinquième - parvenaient à l'ambulance dans un état d'emblée inopérable ; quarante-sept - soit le dixième - mouraient dans les premières heures de choc hémorragique malgré l'intervention... Signalons aussi la relative fréquence des décès par complications infectieuses ou hémorragiques précoces (quarante-sept blessés - soit un dixième -) et la rareté des complications tardives (treize blessés).

Les problèmes de choc et d'infection étaient donc mal résolus à cette époque. Quant à l'anesthésie, elle était bien primitive : générale, elle était donnée à la compresse avec des doses minima de chloroforme "par un aide expérimenté" et Rouvillois notait que *"l'éther ne donne pas d'avantage marqué"*. On pratiquait souvent l'anesthésie locale plan par plan avec une solution de cocaïne, en particulier dans les plaies du thorax et, parfois, dès 1916, la rachianesthésie.

Les chirurgiens de l'autochir 2 observaient dès 1915 une asepsie rigoureuse, Guillaume-Louis pratiquant le 28 juillet pour la première fois une fermeture primitive de plaie. Dans une courte statistique des plaies des membres, on note : pour les plaies superficielles isolées ou multiples : 15 guérisons, pas de décès, pour les plaies isolées profondes : 87 guérisons et 15 décès, pour les plaies multiples des membres : 26 guérisons, 12 décès ; associées à d'autres lésions : 9 guérisons, 5 décès. Les amputations ont entraîné 12 guérisons et 5 décès.

Les plaies de l'abdomen, en 1915, justifiaient pour Rouvillois l'intervention chirurgicale systématique ; les sept abstentions sur des blessés arrivés trop tardivement ou trop choqués se sont soldées par la mort le jour même ou le lendemain. Dans les 9/10e

des cas, la blessure était due à des projectiles d'artillerie et par balle seulement 1/10e. Pour Rouvillois, *"la multiplicité des organes atteints est un facteur de gravité certain, mais moins important que celui de l'ancienneté de la blessure"* (7). Ce n'est que dans un tiers des cas que les chirurgiens de l'ambulance purent opérer avant six heures avec 43 % de guérisons ; au-delà de ce délai, celles-ci tombèrent à 33 % et à 16 % entre douze et vingt-quatre heures (communication du 14 mars 1917 à la Société de chirurgie). Du 8 juin au 19 août 1915, près de la moitié des laparotomies furent opérées par le professeur Basset.

Le registre des interventions montre cinq guérisons sur quatorze plaies intestinales opérées avant péritonite généralisée ; dix décès sur dix plaies pénétrantes compliquées de péritonite généralisée, malgré laparotomie, suture et drainage ; onze décès dans les vingt-quatre à quarante-huit heures sur onze plaies abdominales associées à des plaies pénétrantes du thorax.

Rouvillois - opérant à lui seul autant de trépanations que ses trois collègues réunis - mentionnera le 11 août 1916 à la Société de chirurgie de Paris deux cents interventions crâniennes faites depuis le début des hostilités en insistant sur la nécessité d'un bon repérage par radiographies dans les deux plans, faites avant l'intervention. La bonnette de Wullyamoz pour contrôle scopique ne sera introduite chez Rouvillois qu'à partir d'octobre 1916 et rendra d'immenses services. Les chirurgiens constatèrent que l'extraction des corps étrangers de la périphérie du cerveau entraîne des suites favorables, mais que celle des corps étrangers profonds, sous le bord inférieur de la faux du cerveau, est fréquemment suivie de décès. Dans la statistique du registre opératoire, sur les cinq cents blessés suivis, cent cinquante deux sont des plaies du crâne ; quarante quatre survécurent dont certains sortant d'un coma profond, mais il y eut cent huit décès. Ces résultats des premières semaines d'activité devaient s'améliorer les années suivantes. La gravité et la fréquence des plaies du crâne en 1915 étaient partiellement dues à l'absence du casque de protection qui ne sera utilisé dans l'armée qu'à partir de 1916.

Les plaies isolées du thorax, traitées à cette période d'activité de l'ambulance, ont été relativement moins fréquentes : cinquante, soit 10 % du total des blessés dont trente-quatre décédèrent, donc les deux tiers. En 1915, on ne faisait pas de thoracotomies à Houdain, l'abstention opératoire était la règle et Rouvillois écrivait encore en 1916 que l'ablation de corps étrangers profonds était *"un idéal difficile, voire impossible à réaliser"*.

Entre deux et vingt-six blessés ont été soignés chaque jour à l'autochir n° 2 du 8 juin 1915 au 19 août de la même année. Globalement, cette statistique porte sur cinq cents blessés dont cent quatre vingt huit décédés, soit 37 %. En fait, la statistique est moins mauvaise qu'il n'y paraît car il y eut cent vingt neuf cas d'emblée inopérables ; si on les retire, on arrive à une mortalité opératoire de 11,8 %, chiffre comparable aux statistiques de la fin de la guerre.

Les blessés restaient hospitalisés le minimum de temps : la moitié au-dessous de dix jours, le quart entre onze et trente jours, le dernier quart au-dessus de trente jours avec six blessés hospitalisés durant plus de soixante jours. Le lieu de transfert des blessés n'est pas mentionné sur le cahier, sauf deux vers les hôpitaux de Berck-Plage et un vers l'hôpital d'évacuation de Bruay.

Alors qu'il y avait encore à Paris, quarante ans après ces événements, des services de chirurgie sans radiographie adjointe, sans secrétariat, on se trouve, en 1915, devant un plateau technique rassemblant autour des chirurgiens un radiologue, des cliniciens, un bactériologue, un secrétariat, dont le regroupement est en avance sur son temps et dont l'autonomie pourrait être enviée actuellement par beaucoup de services hospitaliers. Ce qui frappe, c'est la minutie, la précision des comptes-rendus opératoires qui témoignent de la qualité des soins et du combat incessant des opérateurs ; c'est le traitement du blessé par son chirurgien jusqu'à son évacuation souvent deux mois après la première intervention. Ces opérateurs sont des hommes ayant entre trente-trois et quarante ans, sélectionnés, venus des quatre coins de l'horizon, entraînés par un "patron" hors de pair, dans une organisation bien conçue au départ, travaillant dans une ambiance qui ne répugnait pas à la détente, à l'entretien physique et moral lors de repas dont quelques menus illustrés nous ont été conservés.

Les travaux des chirurgiens et de tout le personnel de l'autochir 2 ont pleinement répondu à la pensée d'Ambroise Paré quand celui-ci écrivait (4) *"... et Dieu sait combien le jugement d'un homme se parfait en cet exercice où le gain étant éloigné, le seul honneur nous est proposé et l'amitié de tant de braves soldats à qui on sauve la vie"*.

NOTES

Ce travail a trouvé sa source dans les archives du Val de Grâce, dans celles du docteur Poyeton de Tours, neveu du professeur Guillaume-Louis et dans celles de mon père, le docteur Paul Goursolas (1888-1940) alors médecin-chef du 21e bataillon de chasseurs dans le secteur où opérait Rouvillois.

(1) Général E.L. SPEARS, En liaison 1914, Gallimard, Paris, 1932.

(2) Discours d'ouverture du XLVe Congrès de chirurgie par le Général ROUVILLOIS, 5 octobre 1936, Masson, Paris.

(3) Médecin général inspecteur MIGNON, Le service de santé pendant la guerre 1914-1918, Masson, Paris, 1926.

(4) Médecin général RIEUX et médecin colonel HASSENFORDER, Histoire du service de santé militaire et du Val de Grâce, Lavauzelle, Paris, 1951.

(5) De FOURMESTRAUX, Histoire de la chirugie française, Masson, Paris, 1934.

(6) Médecin général H. ROUVILLOIS : Exposé des titres et travaux.

(7) ROUVILLOIS en collaboration avec PEDEPRADE, GUILLAUME-LOUIS et BASSET, Etudes de chirurgie de guerre à l'autochir 2, Paris 1921.

(8) Ch. LENORMANT : Robert Proust in *Presse Médicale*, 1935, n° 50, p. 1.011.

SUMMARY

An analyze of a french ambulance' environment from june to august 1915. Surgigcal teams, operative technic and results have greatly improved since the beginning of World War 1st.