

Au temps des expéditions et des colonnes de pénétration de l'Ouest-Africain :

les médecins « coloniaux » de la Marine au Sénégal et dans le Haut-Fleuve

Joël Le Bras (Bx 58)

5^e Partie : Officiers de santé des colonnes et des postes du Haut-Fleuve au service des troupes de la conquête entre 1880 et 1890

Affectés aux campagnes du Haut-Fleuve, les médecins de marine ont pour première mission d'assurer, dans toutes ses composantes (aptitude, soins de routine et d'urgence, hygiène collective et individuelle, évacuations, prévention) la protection sanitaire des troupes métropolitaines et indigènes. On sait en outre que les médecins et les pharmaciens peuvent être amenés à mener des missions parallèles de type exploratoire ou diplomatique, ou autorisés à effectuer divers travaux d'ordre scientifique.

C'est Brière de l'Isle, alors gouverneur du Sénégal, qui imagine, dès 1880, le principe des colonnes, partant de Saint-Louis et rassemblées à Kayes, avant leur mise en branle, début décembre, vers l'hinterland. Une colonne comporte un noyau fixe de deux ou trois médecins (dont un chef du Service de Santé), mais son effectif complet est de cinq à huit, en comptant les médecins de « relève » affectés dans les forts et les médecins relevés qui les quittent en fin de séjour, finissant par rejoindre Saint-Louis avec la colonne, un an ou deux après l'avoir quittée. Médecins de forts et de colonnes font donc partie d'un même dispositif, les infirmeries de forts servant de surcroît de relais d'évacuation, avec formation de convois sanitaires vers l'arrière. Une colonne comporte aussi un ou deux vétérinaires et un ou deux pharmaciens. Ces derniers sont les gardiens, les conservateurs, les répartiteurs et les gestionnaires des stocks en médicaments, objets de pansement et maté-



Le fort de Bakel.

riel médico-chirurgical. Ils dressent les bilans de consommation de fin de campagne avant d'établir, avec les médecins, les prévisions des besoins pour la campagne suivante, en tenant compte des risques prioritaires signalés par le commandement.

Tous les commandants supérieurs du Haut-Fleuve insistent sur l'importance représentée par le Service de Santé de campagne : « *Tous les malades et blessés quels que soient leur origine ou leur grade sont soignés avec un égal dévouement, une égale sollicitude, une égale compassion. Pour donner une idée de leur tâche écrasante dans la campagne 85-86, on signalera par exemple qu'à Kayes ou Bakel, chaque médecin eut à donner des soins, jour-*

nellement, à plus de cent malades et blessés à la fois, ce qui imposait des choix drastiques de priorités, conditionnés aussi par la connais-



Le fort de Koundou.



Le fort de Niagassola.



Le fort de Badumbé (dessins de Riou).

sance progressive qu'ils ont de la pathologie et du caractère sommaire de leur arsenal thérapeutique. Souvent leur rôle primordial fut d'être, jusqu'au bout, le confident et l'ultime compagnon du spahi, du tirailleur ou du soldat de marine qui mouraient dans leurs bras » (Lieutenant-colonel Frey). De toute façon, commandant et corps médical partagent les mêmes contraintes d'une existence quotidienne faite de fatigues, d'attentes, d'angoisses, de marches, d'exercices, de soucis administratifs et disciplinaires, de mise en application de mesures de sécurité et de contrôle, d'organisation des convois d'écloués. Il est frappant de trouver dans les communiqués d'époque le désir du commandement d'associer toujours à leurs activités comme à leurs résultats « leur » Service de Santé.

Ainsi Galliéni qui vantait déjà en 1880 les mérites de Bayol et Tautain, en fait de même huit ans plus tard avec le médecin de 1^{re} classe Laffont. Le lieutenant Briquelot du fort de Koundou vante l'abnégation de son médecin, le M2 Jollet, le capitaine Lefranc de Bakel évoque le dévouement du M2 Buisson, le lieutenant Mercantoni de Niagassola le courage du M2 Michel. Les commandants des « petits » forts, comme le sergent-major Giraud à Badumbé ou le sergent Rousseau à Matam, déplorent par contre amèrement l'absence dans leurs murs d'un médecin de marine. Rien de tel qu'un médecin, selon eux, outre ses compétences professionnelles, pour lutter contre le désœuvrement et le découragement, afin d'éviter que la troupe ne tombe « dans l'alcoolisme, la dépression, voire la démence » (Galliéni).

I – La situation singulière du médecin des campagnes de pénétration dans la décennie 1880-1890

1 – Le médecin est à un carrefour essentiel de l'histoire de la médecine

On a déjà évoqué le caractère tout-à-fait particulier de la médecine de l'époque : « Il ne se passe pas de mois sans que de nouvelles

découvertes viennent modifier nos façons de comprendre et traiter les maladies. Le médecin est entraîné dans un tourbillon de conceptions nouvelles de la médecine qui détruit le monde médical qu'il s'était créé durant ses études. Il faut être courageux pour se construire chaque jour un monde différent. Une tourmente est en train de passer sur la médecine qui doit réviser toutes ses vérités. Le médecin en est pris de vertiges. Il a mille difficultés à discriminer les travaux dignes d'intérêt, de verbiages, erreurs ou déductions hâtives, obligé qu'il est de remanier chaque jour ses croyances de la veille, comment pourrait-il se faire une opinion ? » Dr Ringade – 1881.

D'un médecin de marine en colonne ou en poste, on ne peut savoir s'il est animé ou non de la volonté de s'engager dans la voie du mouvement effréné qui secoue l'univers médical de l'époque. Ce qu'on peut constater simplement, de loin en loin, c'est que lorsque deux médecins se retrouvent un jour dans un fort lointain ou lorsque les médecins d'une colonne se réunissent au campement du soir, autour d'un feu, les conversations roulent, passionnées, souvent contradictoires, sur cet épineux sujet, les affirmations enthousiastes des plus jeunes bousculant les entêtements ou les certitudes des plus anciens dont les propos ne sont que l'écho de ceux de ces « maîtres » des écoles des ports de la décennie précédente, farcissant les cerveaux de leurs élèves de leurs théories « miasmatiques ». Durant ces années de transition, alors que se perpétuent nombre d'archaïsmes, vont naître diverses hypothèses modernistes visant à les contrecarrer. L'exemple du livre du Dr Ringade (1881) donne la mesure du désarroi du monde médical : les maladies infectieuses y sont qualifiées de « zygomatiques », dues à deux types de ferments :

- ceux venus de l'extérieur et telluriques, les fameux miasmes, qui, se mêlant au sang, l'altèrent en captant son oxygène, ce qui déclenche certaines maladies, contre lesquelles on peut se défendre par l'hygiène du milieu et l'assainissement,

- ceux venus d'autres êtres humains (ou animaux), les « virus », et qui justifient pour leur part une protection interhumaine.

Mais Ringade lui-même n'est pas trop sûr de sa propre classification, émettant en même

temps des doutes sur son caractère définitif, car, dit-il, il faut savoir que dans ces deux types de maladies, on peut aussi observer la présence de « corpuscules » microscopiques dont les uns sont le produit (inexpliqué et sans signification) de la maladie observée, et les autres, la cause possible, voire essentielle, de cette dernière. Ce qui explique que si des médecins abondent dans le sens de Hansen ou d'Eberth, qui ont déjà découvert les germes de la lèpre et de la typhoïde, il en est qui, sans en nier l'existence, n'accordent pas à d'autres germes de pouvoir pathogène particulier. Autant dire par exemple que le bacille de Koch (1881) laisse encore bien des médecins sceptiques, voire indifférents. Malgré la découverte du gonocoque par Von Blum en 1879, la blennorrhagie de l'homme n'est pour la plupart que la conséquence, fâcheuse pour ce dernier, des pertes blanches de la femme au décours de la période menstruelle.

Du même coup, on est bien loin encore du concept d'une prévention, autre qu'aspécifique, des maladies transmissibles. Seules deux d'entre elles, dont l'étiopathogénie réelle reste encore inconnue, bénéficient d'une prévention, et ce depuis longtemps déjà :

- le paludisme, grâce à la quinine, dont le rôle protecteur est connu depuis la conquête de l'Algérie (Maillot), et qui est prescrite sous Borgnis-Desbordes (1880-83), à raison de 2 ou 3 pilules à 10 mg chaque matin, éventuellement renouvelées le soir. Sous Gallieni (1886-88), on fait passer la dose journalière à 100 mg, en l'assortissant d'un verre de vin de Bordeaux. Le M1 Laffont note, à l'issue de la 7^e colonne, que la quininisation ainsi renforcée n'aura coûté, « en quatre mois de nomadisation, que le décès d'un seul sous-officier par bilieuse »,

- la variole, grâce à la variolisation. Obligatoire dans l'armée depuis l'instruction du 29 mai 1811, elle s'applique aux troupes métropolitaines, vaccinées avant leur départ de France, et aux troupes indigènes vaccinées au départ de St-Louis ou en cours de colonne en cas d'épidémie). La technique de « bras à bras » reste la règle jusqu'au milieu de la décennie 1880-90. Le vaccin liquide ou en croûte vaccinale arrive par bateau de France en tubes de verre scellés par de la cire, enveloppés dans du papier noir et placés en boîtes

de plomb remplies de charbon de bois bien sec et pilé. Ces boîtes peuvent être attachées à une chaîne et baigner dans le sillage du navire, selon la méthode de « transport » suggérée par les deux médecins de marine Chaussier et Husson du port de Toulon. En colonne le vaccin est administré à des enfants « vaccinifères » dont les parents sont payés en nature, puis, depuis les pustules, transmis de bras à bras à l'aide d'une lancette, ce qui évite en principe la transmission de maladies comme la syphilis.

À l'occasion des graves épidémies de la fin du siècle, le tout nouveau service de la vaccine de St-Louis (dirigé par les médecins de marine Henri Girard et Cassagnou) fait toujours venir le vaccin de France (Institut militaire de la vaccine de Bordeaux), puis, selon la « méthode napolitaine » du médecin-major de 2^e classe Louis Vaillard du Val-de-Grâce, il inocule ce vaccin, qui n'est encore ni glycé- riné ni filtré, à des génisses « bufflonnes » (il s'agit ici de zébus femelles). C'est à partir des pustules de ces dernières que la sérosité est appliquée à la lancette sur le bras des sujets à vacciner. L'efficacité de cette vaccination n'excède pas 35 %, autres raisons de revacciner, cette fois en dehors des épidémies.

2 – Le médecin est à un carrefour stratégique de l'approche de la médecine outre-mer

Au cours de cette décennie marquée par le déclenchement et l'intensification de la conquête de l'arrière-pays ouest-africain, la répétition annuelle systématique des colonnes armées et la construction intensive des forts qui sont autant d'indispensables vigies et relais sur les routes de la pénétration, va s'imposer au commandement l'évidence d'une assistance médicale aux familles

des tirailleurs, spahis et autre auxiliaires. C'est là une nécessité psychologique en vue de soutenir le moral de la troupe et, en colonne, de limiter de surcroît les désertions et même certains débordements répréhensibles. Par extension, il s'avérera que cette assistance doit s'étendre, en fonction des moyens disponibles, aux populations elles-mêmes en vue de s'en faciliter l'approche et de rallier les chefs à la cause de la France, ce qui lui donne cette fois une dimension diplomatique et même politique. Par la suite, ce sont les médecins eux-mêmes qui orienteront cette dernière dans une double direction : l'humanitaire, face aux détresses rencontrées, la scientifique compte tenu des connaissances rudimentaires qu'ils ont encore des nouvelles maladies observées. L'assistance médicale indigène montrera toute son utilité, tant en colonne que dans les postes quand, une fois progressivement maîtrisés les grands paramètres de la médecine que sont l'étiopathogénie et l'épidémiologie, pourront être mises au point des méthodes de plus en plus adaptées et sûres en matière de traitement, d'hygiène, de prévention et de prophylaxie, avec à la clé des résultats tangibles sur le niveau de santé des populations elles-mêmes.

3 – Le médecin s'apprête à vivre un changement d'orientation majeur des carrières aux colonies

Le décret « Aube » du 24 juin 1885, dernier de la longue liste des textes réformateurs du Service de Santé de la marine aux colonies au XIX^e siècle, s'il corrige quelques anomalies criantes, en crée d'autres, toujours incapables de satisfaire les légitimes aspirations des officiers de santé concernés. Toutefois, le décret comporte un article qui va être le facteur

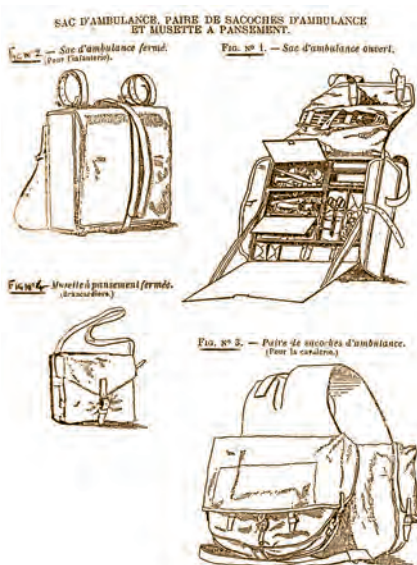
déclenchant de la plus grande réforme du service depuis le début du siècle. Cet article impose en effet à chacune des trois « vieilles » d'adopter désormais obligatoirement les programmes des facultés civiles, en plus d'obliger leurs étudiants à soutenir leur thèse dans les facultés choisies. C'est le ministre de la Marine Krantz qui, en 1887, estima que pour simplifier la formation et l'uniformiser, le mieux est de supprimer carrément les trois écoles des ports, et de les remplacer par une École unique auprès d'une seule faculté de médecine et de pharmacie. L'École de Bordeaux verra le jour en 1890, uniquement destinée à la formation des futurs officiers de santé de la Marine et des Troupes de Marine, métropolitaines comme indigènes.

II – La médecine de soins lors des campagnes du Haut-Fleuve (1880-1890)

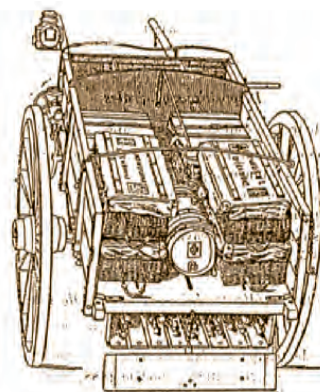
1– Les moyens mis à la disposition de Service de Santé en campagne

a – Les « accessoires » collectifs réglementaires : ils sont de trois types : la cantine médicale (ou médico-chirurgicale), le sac d'ambulance, la musette à pansements.

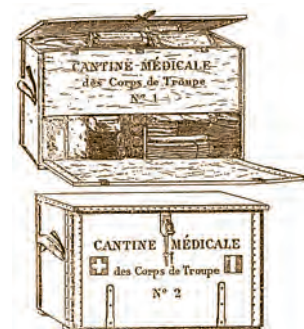
– La cantine médicale : elle constitue la réserve réglementaire de campagne, en médicaments, produits de pansement, moyens d'immobilisation tels les gouttières, les attelles métalliques, les éclisses, les bandes de toile, la charpie. En colonne elle est sous la responsabilité du pharmacien, aidé d'un sous-officier. Elle n'est ouverte qu'en fonction des besoins de chaque médecin et les distributions sont effectuées sous la supervision du



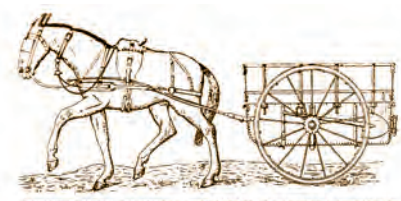
Sac d'ambulance, paire de sacoches et musette à pansements.



Voiture Lefebvre avec ses 2 cantines médicales.



La cantine médicale réglementaire.



La voiture Lefebvre en tôle d'acier.

chef du Service de Santé de la campagne, périodiquement ou à la demande en cas de situation exceptionnelle, comme à l'occasion des combats. La cantine est reconstituée en fin de campagne. La cantine (0,48 m × 0,43 m × 0,28 m) est munie de poignées et fermée par un double cadenas. Elle est transportée à dos de mulet de bât ou en voiture « médicale » en bois, à deux roues, tirée par un couple d'ânes : c'est le caisson d'ambulance modèle 1874, très fragile et non étanche. Sous Gallieni (campagne 1887-88) apparaît la voiture Lefebvre, en tôle et fermée hermétiquement : « ces voitures passaient partout, si elles tombaient, il suffisait d'un homme pour les relever. Parvenait-on au bord d'une rivière, le coffre était lancé dans l'eau comme un bateau. On chargeait dessus roues et brancards. Le conducteur dirigeait le tout jusqu'à l'autre rive, sans toucher aux cantines » (Gallieni).

- Le sac d'ambulance (ou havresac) : en cas d'émiettement de la colonne ou de mise en route de missions annexes à partir d'elle, on répartit le contenu d'une cantine dans des sacs dits d'ambulance, en toile imperméable. D'un poids de 13 kg, en forme de cartable, le sac est transporté à dos de mulet ou de tirailleur « porte-sac ». Les unités montées comme les spahis ont plutôt un bissac, la sacoche d'ambulance, plus facile à disposer sur le dos d'un mulet.

- La musette à pansement : pesant 1,750 kg vide et 3 kg pleine, elle est confiée à l'infirmier de la plus petite unité à pied ou montée, qui la porte autour du cou. Elle est très utile lors d'un combat et comporte des pansements, un flacon d'iodoforme, un autre de solution aqueuse phéniquée, un tube de vaseline boriquée, une pince hémostatique (ou deux lacs à hémostase), de l'antipyrine. Entre 1880 et 1890, un infirmier de colonne (comme de poste) doit savoir faire trois choses : effectuer un pansement sommaire, poser un garrot, conditionner un blessé pour le brancardage simple, la mise en condition pour l'évacuation vers l'arrière incombant au médecin. À noter que le pansement individuel n'apparaîtra qu'un cours de la décennie suivante.

b – La pharmacie médicale réglementaire

Le temps n'est plus tout-à-fait où le médecin est défini ironiquement comme « un homme qui met dans (ou sur) un corps qu'il ne connaît pas des drogues qu'il connaît encore moins ». L'empirisme aveugle qui livrait le malade aux dangereux caprices de l'incertitude et du hasard de la prescription commence à céder devant une connaissance progressivement mieux maîtrisée du corps humain et de son fonctionnement, ce qui débouche sur un maniement plus précis d'un arsenal thérapeutique chaque jour un peu plus riche et que, dans les écoles des ports, « on classe maintenant plus méthodiquement dans l'esprit des étudiants que sur les rayons d'une officine »

(Ringade). Sans entrer dans les détails, ce qui serait hautement fastidieux, on peut dire qu'en 1880, on classe les médicaments :

- selon la présentation : médicaments à visée interne, per os mais aussi déjà par voie hypodermique (sous-cutanée), médicaments à visée externe, sur la peau et les muqueuses, et dont les effets attendus sont émollients, maturatifs, astringents, réactifs, caustiques, calmants et résolutifs),

- selon l'action thérapeutique : stimulants excrétoires, modificateurs physiologiques et, déjà, les tout premiers médicaments spécifiques (dits neutralisants), destinés à lutter contre les « ferments » morbides supposés causer certaines maladies : le sulfate de quinine est l'une de ces médications, à visée à la fois aspécifique fébrifuge et spécifique contre la malaria.

Entre 1880 et 1890, le médecin de marine en campagne dispose, sans cesse reconstituée à partir des cantines médicales, d'une dotation réglementaire assez immuable comportant une vingtaine de médicaments :

- les médicaments à visée interne sont de la poudre d'ipéca (ou l'émétique en solution), de l'extrait d'opium en pilule de 0,05 g (ou du laudanum de Sydenham en gouttes, à base de poudre d'opium), du calomel (chlorure mercurieux) en poudre, du benzo-naphtol, du chlorhydrate de morphine en paquets de 0,02 g, du sulfate de quinine en poudre mais surtout en pilule de 0,10 g, du bicarbonate de soude, du benzoate de soude en potion, du sirop de Desessart, de la teinture de digitale, de l'antipyrine en poudre soluble ou en sachets. Ces médicaments couvrent en principe le gros des affections digestives et respiratoires, ainsi que la douleur.

- les médicaments à visée externe sont l'acide phénique en solution aqueuse à 2,5 ou 5 %, le chlorure mercurique (ou le bichlorure de mercure ou la solution de sublimé à 4 pour mille), l'eau boriquée, le chlorure de zinc en solution à 1 ou 3 %, le sulfate de cuivre en solution ou en pommade à 0,2 ou 0,5 % (ou l'eau de Dalibour), la vaseline boriquée, l'éther

rectifié (ou la liqueur d'Hoffman), l'iodoforme, la poudre d'amidon, la limonade citro-magnésienne, la farine de lin et, tout à la fin, le permanganate de potassium à 1/3000^e. Ces médications sont soit antiseptiques ou désinfectantes, soit anesthésiques.

2 – Les moyens complémentaires apportés par les médecins eux-mêmes

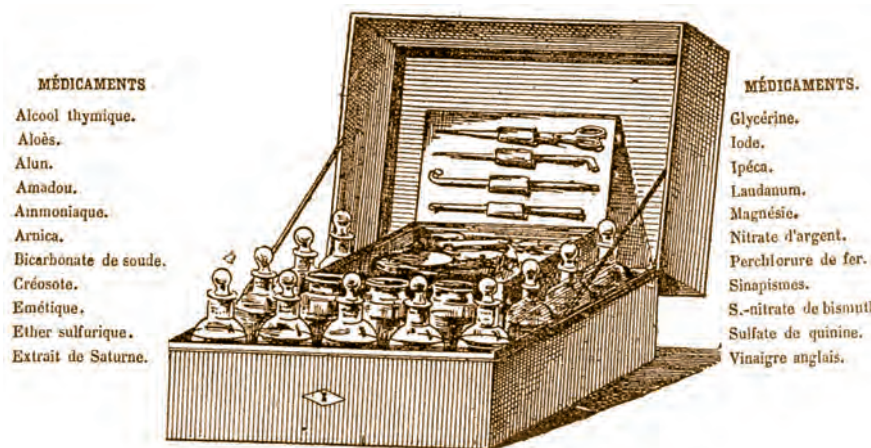
a – La pharmacie médicale personnelle

Chaque médecin a droit d'apporter depuis la France, en complément de sa dotation de campagne, sur ses deniers personnels et dans la limite du poids et du volume fixés par le commandement, une trousse médicale complémentaire. Son contenu est variable selon les médecins (pour les nouveaux, en fonction des conseils donnés par les maîtres des écoles respectives d'origine, pour les anciens, en fonction de leurs expériences propres). Parmi les produits les plus couramment rencontrés, on trouve :

- les médicaments à visée interne comme l'eau chloroformée (ou le sous-nitrate de bismuth ou le chloroforme en julep gommeux), le sirop diacode à base d'opium, le salicylate de soude en poudre, le sulfate de magnésium sous forme, par exemple, de sel d'Epsom, la teinture de quinquina, le sirop de codéine, l'éther sulfurique en gouttes, le sulfate de soude, le sulfate de fer, le semen-contra, la poudre de Dover (mélange d'opium et d'ipéca),

- les médicaments à visée externe comme le thymol (ou l'acide thymique alcoolisé), le salol, le borate de soude, la pommade d'Helmerich (contre la gale), le nitrate d'argent, le perchlorure de fer, l'ammoniaque, l'arnica (ou alcoolat vulnérable), l'extrait de Saturne.

Durant cette décennie, apparaissent aussi dans les trousse personnelles, les premiers produits injectables par voie hypodermique, essentiellement la caféine en ampoules de 0,25 g, très polyvalente (stimulant et excitant « cérébral », antithermique, cholagogue,



Une pharmacie médicale personnelle portative.

diurétique), le chlorhydrate de morphine en ampoules de 0,01 g (sédatif et analgésique), le sulfate de strychnine en ampoules de 0,01 g (antiasthénique et antidépresseur), le sulfate de quinine en ampoule de 0,10 et 0,50 g, toutes médications qui imposent de détenir des seringues de Pravaz (mises au point depuis plus de vingt ans déjà) et des aiguilles *ad hoc* en platine iridier.

b – La trousse chirurgicale

Celle-ci fait généralement partie du trousseau de chaque élève des écoles des ports. Sa composition a été standardisée par des décrets du ministère de la Marine, mais chaque médecin peut la compléter évidemment à sa guise. Elle comporte du matériel à amputation, à drainage, à ponction et à incision, assorti de catgut, de crin de Florence, d'aiguilles à suture et de soie à ligature, des pinces hémostatiques, des tourniquets pour hémorragie, des sondes métalliques, des caoutchoucs pour cathétérisme, des bandes de plâtre enduites de dextrine ou de silicate de potasse, capables « d'enfermer une fracture dans une coque pierreuse », des stylets de Nélaton en porcelaine (ou des pinces à curettes pour exploration des plaies), du matériel de débridement et d'extraction (comme le tire-fond ou la pince à mors). Le tout est accompagné de sparadrap, de taffetas d'Angleterre ou de diachylum ou d'emplâtres à base de cire et de térébenthine, pour rapprocher les bords d'une plaie, de bandes de toile, de caoutchouc ou de coton (de tailles différentes), d'agrafes (les serres fines), de compresses de gaze iodoformée, de pinces, lancettes, ciseaux, scalpels, plumasseaux d'étope enveloppés de gaze, de coton bichloruré, de thermomètres. De quoi permettre au médecin exilé, isolé ou non, sous les tropiques, de donner la mesure de son talent chirurgical, largement reconnu à l'époque, quel que soit son théâtre d'opération, portuaire, tropical, maritime.

3 – Le traitement de quelques maladies et syndromes

a – Les syndromes fébriles sont combattus habituellement par le sulfate de quinine sous toutes ses formes, l'antipyrine, la caféine. La certitude d'avoir affaire à un accès pernicieux entraîne de surcroît l'usage de laxatifs (sulfate de soude ou de magnésie, calomel) et de purgatifs salins, auxquels s'ajoute une diète avec régime lacté. Le convalescent bénéficie de fortifiants comme la poudre de quinquina dans un verre de vin, les sels de fer, la teinture de digitale qui selon M1 Laffont « lutte contre l'anémie paludéenne avec œdème des membres inférieurs ». La redoutable bilieuse, dite alors hématurique, se traite par les mêmes médicaments mais l'administration de la quinine n'est pas reconnue par toutes les écoles, et certains nostalgiques de Broussais la proscrivent impérieuse-

ment. La limonade gazeuse, l'eau chloroformée, voire le champagne sont utilisés pour vaincre l'anurie.

b – Les maladies digestives : les diarrhées fébriles bénéficient de benzo-naphtol et de décoction de riz. Si elles sont hémorragiques, elles font l'objet de lavements au nitrate d'argent à 0,2 % ou à l'acide thymique alcoolisé. En cas de spasmes concomitants, on utilise au choix le sirop diacode, l'extrait d'opium, le laudanum de Sydenham, additionnés de quelques gouttes d'éther. En cas de constipation, on a le choix entre l'huile de ricin, l'aloès, le sulfate de magnésie, la poudre de Dover, ou la vieille pastille du médecin de marine Ségond (mélange d'opium, d'ipéca et de calomel), à la fois laxative, vomitive, calmante et diaphorétique. Les vers intestinaux sont traités au calomel, au thymol, au semencontra.

c – Les états « bilieux » : ainsi dénommés dès que l'on soupçonne une composante hépatique à un syndrome généralement digestif, ils sont liés en règle à la consommation abusive d'alcool ou de nourritures épicées, et se manifestent par des vomissements bilieux, de la fièvre, des embarras gastriques, un foie douloureux, des urines cuivrées ou rouges. Ils bénéficient de calomel, de sel d'Epsom, de sulfate de soude, de sirop thymique.

d – Les intoxications digestives : elles relèvent de l'émétique en poudre à diluer, de



Fig. 1 – Utilisé en cacolet

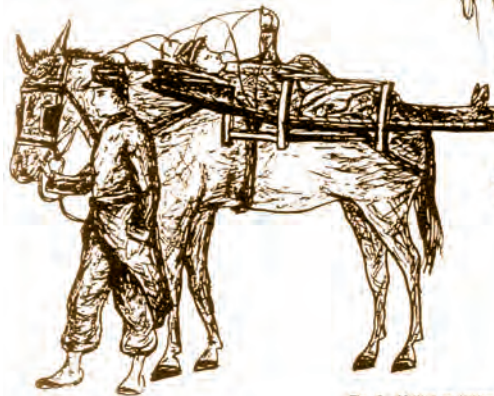


Fig. 2 – Utilisé en litière

Le mulet cacolet-litière : à gauche en litière, à droite en cacolet.

Le mulet cacolet-litière, moyen d'évacuation largement utilisé au cours des opérations de la presque île de Crimée. (Dessin: Marline Fabre - Photo: Szepi).

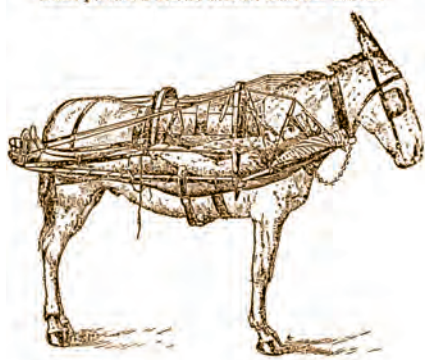
tartre stibié, de poudre d'ipéca, moins agressive pour le tube digestif.

e – Les affections cutanées : elles posent de gros problèmes, l'antisepsie étant mal maîtrisée et les antiseptiques toujours en quantité insuffisante, notamment l'acide phéniqué « de quoi fabriquer dix litres d'eau phéniquée à 1 % pour une campagne de quatre mois », comme se plaint le chef du Service de Santé de la colonne Frey, en 1886). On compense la faiblesse de cette dotation par du chlorure de chaux, du sulfate de cuivre et de zinc (eau de Dalibour), des onguents à base de mercure et de sulfate de soude dans un substrat de vaseline blanche. Abcès, phlegmons, panaris, furoncles sont traités par cataplasmes de farine de lin ou ouate hydrophile imbibée d'eau boriquée, cette dernière servant aussi dans le traitement des maux d'yeux ou d'oreilles, au même titre que la limonade citro-magnésienne. L'hyperhidrose, très fréquente, est l'objet de lavages avec une solution d'acide chromique à 10 %, puis de badigeonnages, quand on en dispose, d'une solution de formolone ou de formaldéhyde à 40 %. L'intertrigo des plis bénéficie de vaseline boriquée ou de poudre d'amidon à titre préventif, des médecins préconisent de revenir au port de bretelles plutôt que de ceintures. Le liniment oléo-calcaire à l'huile d'amande douce (avec coton cardé maintenu par une bande de toile) permet de traiter les brûlures étendues. L'alcool thymique, mais

TRANSPORT DE BLESSÉS A DOS DE MULET.
Mulet portant 2 blessés assis sur des cacolets.



Mulet portant 2 blessés couchés dans des litières.



Mulet portant 2 blessés assis et Mulet portant deux blessés couchés.

mieux encore selon beaucoup, la cautérisation au fer rouge, sont utilisés en cas de morsure de serpent ou de chien enragé. Assez couramment, des tirailleurs font exploser un peu de poudre de canon au point de morsure.

f – Le coup de chaleur : cet accident redoutable qui décima notamment la sixième colonne du lieutenant-colonel Frey dans le Guidimaka en 1886 – est traité par des moyens mécaniques (enveloppement du corps nu dans un drap trempé dans l'eau froide, malade couché à l'ombre et dans le courant d'air), mais aussi par l'antipyrine, la quinine,

la saignée, les ventouses scarifiées sur la poitrine, les lavements salés, les potions d'acétate d'ammoniaque, la caféine et le calomel.

4 – Les moyens de transport des blessés et des malades

Ils existent sous deux formes :

a – Le transport « courte distance », en règle jusqu'au poste de secours de combat : il ne nécessite qu'un brancard simple avec deux porteurs. Un brancard est constitué de deux forts bâtons de bois reliés par une pièce de toile résistante (ou de rameaux de palmes entrecroisés et solidarisés). Avec le brancard, sont prévus un drap et une couverture de laine. La tente-abri en toile avec arceaux, les brancards-palanquins et les couchettes-palanquins imitées du hamac n'apparaîtront que la décennie suivante. Des litières obliques accrochées à l'arrière du harnais d'un mulet peuvent être utilisées.

b – Le « transport longue distance », vers Kayes où stationne l'ambulance principale de campagne, puis, de là, en l'absence de charlands pour cause de saison sèche, par la piste vers St-Louis en s'appuyant sur les dépôts d'évacuation secondaire représentés par les forts du Moyen et du Bas-Fleuve. Ce transport s'effectue par cacolets, litières-cacolets, voitures d'ambulance, dites « omnibus ». Le cacolet remonte à la conquête de l'Algérie (où il a été inventé par le médecin major Baudens) : il s'agit d'une sorte de fauteuil (ou nacelle) légèrement incliné vers l'arrière, accroché latéralement au bât d'un mulet. Les montants de l'armature sont en fer, articulés, avec charnières et dossier mobile. Une ceinture sangle le patient. Deux courroies fixées au siège soutiennent deux planchettes réglables pour les pieds. Un mulet-cacolet peut supporter deux nacelles avec deux malades ou blessés tournés vers l'avant. Le modèle est repliable. La litière n'est qu'un cacolet amélioré, réservé aux patients ne pouvant voyager assis. Il s'agit d'une couchette en fer, avec partie surélevée pour la tête. Un rideau, voire une

tente-abri, coulisse sur l'armature, protégeant du soleil et de la pluie. En début de décennie, les caissons d'artillerie servent de voiture de transport, remplacés en fin de décennie par les voitures Lefebvre, légèrement modifiées pour recueillir malades et blessés : mieux suspendues, elles sont également plus sûres grâce à des ridelles surmontées d'une capote amovible en toile.

D'une façon générale, le patient préfère toutefois à ces véhicules les flancs des rassurants mulets de bât, au pas lent, régulier, souple et sûr, sur les rudes pistes du Sahel.

III – L'hygiène collective et individuelle en campagne

Formés par les professeurs d'hygiène navale des ports, tels Fonssagrives ou Leroy de Méricourt, les médecins de marine aux colonies sont reconnus de longue date comme d'excellents hygiénistes. Par leur savoir et leur expérience, ils savent prendre les mesures les plus appropriées aux circonstances, et le commandement loue régulièrement la pertinence de leurs conseils. Le lieutenant-colonel Frey ira même jusqu'à écrire : « *Sans les médecins, il n'y aurait pas eu de conquête du tout !* ». Les médecins exercent leurs talents d'hygiénistes dans quatre domaines : le campement en colonne (en plus du casernement en poste fixe), l'eau potable, l'alimentation de la troupe, le vêtement (en rapport avec l'environnement) et la chaussure.

1 – Le campement

C'est là une préoccupation quotidienne d'une colonne en marche, capitale à l'issue d'un parcours toujours difficile et qui peut se franchir en une seule étape ou en deux, avec dès lors nécessité d'une halte intermédiaire aux heures les plus chaudes du jour. Si le commandement a en charge l'organisation du bivouac (exemple de la mise en carré ou non),



Campement de Gangalla (dessin de Riou).



Campement au bord du Bakhoy (dessin de Tofani d'après un croquis de M. Vallière).

la répartition des postes de veille « avancés », des « sonnettes », des postes de garde rapprochés, la recherche des emplacements pour le matériel, les cantines, les chevaux, l'artillerie, l'avis du chef de Service de Santé est primordial dans le choix du terrain (plat ou en légère pente, bien ventilé, sec, bien drainé, de nature ni rocheuse ni ferrugineuse pour ne pas restituer la nuit la fournaise accumulée durant le jour, ombragé, près d'un point d'eau suffisamment important, éloigné de tout site « miasmatique », type marécage ou mares encombrées de végétation, près d'un réservoir naturel en combustible végétal). Suivront, toujours supervisés par le médecin, le débroussaillage, le drainage (si nécessaire), le battage du sol à l'aide de branchages, « pour faire fuir les reptiles immondes qui infectent les lieux : trignocéphales, serpents cracheurs à la bave empoisonnée, araignées monstres, scorpions et les mille variétés répugnantes d'insectes qui y grouillent, telle la fourmi-cadavre, hideuse entre toutes, armée de pinces formidables, le corps grisâtre, presque livide et ainsi nommée en raison de la puanteur qu'elle exhale à son passage » (Frey). Cuisines, animaux de boucherie et de bât, seront placés sous le vent du reste du campement, plutôt que dans le vent. Dès lors, on pourra commencer l'installation proprement dite des tentes de commandement et de service, des tentes-abris individuelles, des goubis sommaires des troupes indigènes, recouverts de branchages ou de palmes, avec toujours les ouvertures dans le sens du vent dominant.

Deux équipes de terrassiers sont chargées de creuser, séparément pour les gradés et pour la troupe, des fosses qui serviront de latrines, disposées à au moins cent mètres des installations mais en-deçà des postes de veille avancés. Il s'agit de trous verticaux simples avec deux planches pour les pieds, protégés des regards par une toile de tente, et que l'on comble avant le départ. Par circulaire ministérielle du 22 août 1889, on passera à la feuillée, type « earth system » : il s'agit d'une longue tranchée de 30 cm de large et de 40 cm de profondeur. Chaque utilisateur est tenu « en fin d'exonération » de recouvrir ses selles de terre « à raison de cinq kilos pour un kilo de matière » (Vallin), l'objectif étant de limiter les odeurs et l'afflux de mouches. Les déchets de cuisine sont enfoncés pour leur part dans des trous profonds d'au moins un mètre. Ces règles sont strictes et les négligences sont sévèrement sanctionnées par le commandement : question de discipline collective plus que de protection de la nature.

Les hommes ont droit de se laver « au seau » à l'aide d'une éponge et de lotion savonneuse, à raison de trois fois par semaine. Les auxiliaires du convoi ont toute liberté pour se laver dans les marigots rencontrés, interdits à la troupe, selon les recommandations du Service de Santé.



Intérieur du fort de Kita (dessin de Riou, d'après une photographie du cap. Famin).

L'appel réalisé, les tâches de base sont réparties entre personnels désignés à l'avance pour le service, corvées d'eau, distribution des vivres, nourriture des bêtes, abattage, le tout avant que la nuit ne tombe et que ne s'allument les photophores et les lampes à huile de coco. Le poste de santé sous tente est installé au centre géographique du campement, les cantines réglementaires servant de mobilier. La consultation terminée, la seconde dose quotidienne de sulfate de quinine distribuée, le pharmacien établit l'inventaire des stocks restants. Après quoi, les membres du Service de Santé ont l'habitude de se réunir pour évoquer leurs souvenirs des écoles des ports ou de leurs précédentes affectations, confronter leurs expériences, faire le point sur les dernières découvertes et hypothèses médicales du moment. Ce qui peut donner lieu, comme on l'imagine, à d'après discussions.

2 – L'eau de boisson

Le problème est d'abord quantitatif, plus crucial encore en colonne qu'en poste, d'où la nécessité de disposer d'une bonne cartographie des points d'eau de l'hinterland (les cartes se complètent au fur et à mesure des campagnes). Les besoins sont importants et dès les trois premières campagnes de Borgnis-Desbordes (1880-83), les médecins ne manquent pas de les établir en tenant compte du fait qu'une colonne, ce sont des centaines d'hommes et des milliers d'animaux. Une journée de marche exige par homme entre six et dix litres d'eau, et par animal 30 à 40. Une colonne doit donc avoir toujours, en réserve de marche, de l'eau en tonneaux que l'on accroche aux flancs des ânes du convoi, en plus des bidons individuels portés à la ceinture. Chaque homme dispose d'une ration réglementaire et le contenu du bidon est vérifié à l'étape du soir : il doit rester au moins un dixième de ce contenu, dit « de survie » sous peine de sanction, en raison du fait que le point d'eau attendu peut être manqué, et celui-ci atteint, tari, effondré, empoisonné par l'ennemi.

Le problème est également qualitatif, en raison des ennuis de santé que l'eau peut pro-

voquer. On évitera les eaux trop turpides, natronnées et aussi, s'il s'agit d'un cours d'eau, les eaux trop proches des rives, surtout en période de basses eaux. Le M1 Fruitet explique ainsi qu'« il faut prélever au milieu du courant, là où se trouve une quantité moindre de matières organiques ». Il ajoute aussi qu'il vaut mieux prélever « en amont des villages, des postes et des campements ». Néanmoins, le mieux semble encore de traiter l'eau avec les moyens, mêmes limités, dont on dispose. En poste on utilise la sédimentation : puisée à la mare, au marigot ou au puits, l'eau est décantée quelques heures dans des tonneaux, munis de robinets placés à 5 cm au-dessus du fond. Dans la partie inférieure se déposent corps étrangers et matières terreuses. Des récipients spéciaux existent, dans lesquels on dispose un « cailloutis de graviers surmonté de sable fin de rivière et surmontant un lit de charbon de bois ». Le robinet est alors situé au fond du récipient. Dans le vase de récupération de l'eau sédimentée, on procède à une floculation (selon la technique du chirurgien de 1^{re} classe de la marine Bourse, qui la mit au point sous Faidherbe en 1863, lors de l'expédition Cayor). L'alunage, puisqu'il s'agit de lui, consiste à additionner l'eau d'une solution de sulfate d'alumine (1 g dans 200 g d'eau) ou alun. On obtient un précipité, le gel d'alumine, par « collage » du produit avec les particules organiques en suspension. La dose est d'une cuiller à bouche d'alun par litre d'eau. Il faut six heures pour déclarer l'eau « alunée » donc « consommable », ce qu'elle n'est pas toujours en raison des brûlures gastriques qu'elle provoque couramment. Si on dispose des moyens *ad hoc*, on peut compléter ces deux stades par une filtration (par laquelle on peut même commencer si on a la chance d'être tombé sur une eau vraiment claire). En 1880, on connaît déjà le filtre Lapeyrère ou le filtre Ducoudun avec diaphragme muni d'un tampon d'étope ou de feutre recouvert d'une couche de charbon de bois. On se sert de loin en loin de « fontaines filtrantes » à fond de grès poreux, avec toujours du charbon de bois, et, très exceptionnellement, de filtres Chamberland en terre de porcelaine « dégour-



Amélioration de l'ordinaire. Chasse à la biche à Sambacolo (Dessin de Riou, d'après un croquis de l'auteur).

die », c'est-à-dire chauffée en une seule cuisson. La fragilité de ces derniers, leur coût, sans parler de la méfiance qu'on a de leur utilité, font que l'Intendance n'en dote même pas les postes. Par contre, une circulaire du 12 septembre 1881, fournit la liste des moyens « improvisés » de filtration qui peuvent utilement être employés, en poste comme en colonne, et notamment « une couverture de laine dont les coins sont fixés à quatre pieux solidement plantés en terre, avec au fond une couche de sable que l'on doit laver à grande eau, elle-même filtrée de la même façon, et ce après quelques filtrations ». C'est aussi l'époque où l'on teste des produits « désinfectants » comme l'eau de Javel. La quantité utile pour une chloration optimale est encore impossible à déterminer, ce qui fait que par précaution on en ajoute toujours trop et que l'eau devient imbuvable.

Finalement, en colonne, on se contente soit de la filtration sur couverture, soit d'une sédimentation rapide afin d'éliminer le gros des impuretés, suivie, mais à minima, d'une ébullition, sans qu'on sache encore très bien en préciser les vertus. L'ébullition à large échelle est impossible, car elle exigerait des récipients trop importants et beaucoup trop de temps pour atteindre les cent degrés, maintenir l'eau à cette température « suffisamment » longtemps (selon les textes) puis attendre le refroidissement complet. Ce dernier peut être accéléré en répartissant l'eau bouillante encore chaude dans des sacs de toile imperméables « exposés, accrochés aux tentes ou à des branches, à la brise du soir ». L'eau bouillie peut, par contre être répartie dans les bidons individuels, le matin de l'étape, avec un peu de jus de citron ou tout autre ingrédient susceptible d'en améliorer le goût, comme le thé, le café ou le tafia, opération dénommée l'acidulage.

3 – L'alimentation en campagne

La question est de taille compte tenu des problèmes soulevés : conditionnement et conservation des denrées, préparation des aliments, établissement des rations journalières en tenant compte des risques « d'uniformité », génératrice selon le M1 Laffont du « syndrome de contraction oesophagienne à la seule vue du plat », et combattue, si possible par l'alternance de produits en conserve et de nourriture fraîche, végétale et animale. L'alimentation en campagne relève à la fois du commandement, de l'intendance et du Service de Santé. Elle va être forcément différente si on est en poste ou en colonne, pour les Européens et les indigènes, pour les cadres et la troupe, et même si la tendance est de faire se rapprocher peu à peu l'alimentation du tirailleur et du spahi (dont un certain nombre sont musulmans) de celle du marsouin et du bigor. Auxiliaires et supplétifs s'en remettent quant à eux aux « pileuses » du convoi, dont beaucoup sont d'ailleurs leurs épouses.

À titre d'exemple, le M1 Laffont (7^e campagne) fait entrer dans la ration des cadres européens du pain (ou du biscuit), de la viande fraîche (contrôlée par le vétérinaire de la colonne) en alternance avec le lard salé ou de l'endaubage (boîtes de 300 g à partir de 1888), du café (en poudre comprimée en tablettes enveloppées de papier parcheminé) ou du thé (conditionné en boîtes de 15 kilos !), du sucre ou du miel en boîte (contre l'amertume du café et non pour leurs propriétés énergétiques alors inconnues), du sel de Taoudinit, préféré au sel de mer, vite pâteux, du vin, si possible de Bordeaux. Deux fois par semaine, on ajoute de la julienne (concentré de légumes desséchés, à reconstituer dans l'eau), ou de la farine de pois condensée

« Jacot ». Trois fois par semaine, on incorpore à la ration du riz ou des fayots à l'huile et au vinaigre.

En 1886, le Service de Santé chargera le médecin principal Troussaint d'expérimenter une « ration accélératrice d'énergie » à base de cola (*Stercalis acuminata*), mais, dès 1885, le pharmacien de marine Edmond Heikel avait déjà proposé d'incorporer ce végétal aux biscuits.

a – La question du pain et du biscuit

Avant la 6^e campagne (1885-86), on n'use que du biscuit sous forme de galettes conditionnées en boîte de fer blanc, à l'étanchéité incertaine car, du fait de l'humidité, on y trouve souvent des larves d'insectes. Quand on sèche le biscuit, il devient pulvérulent. Arrosé d'eau et d'un peu d'alcool, on en fait une bouillie à peine mangeable, la « tralutine », qui provoque la « diarrhée du biscuit ». S'il n'est que pulvérulent en surface, on le recuit, on l'expose au soleil et on le brosse, sauvant ainsi ce qui peut l'être.

Le pain apparaît sous Frey (1885) grâce à l'installation de fours de campagne dans les forts et sur certains points non gardés des lignes de ravitaillement. Le problème est celui de la farine, denrée fragile par excellence, souvent avariée car mal étuvée au départ de France et dégradée par la chaleur humide des cales de navires. Le transport jusqu'aux forts et le magasinage sont des facteurs de détérioration supplémentaires. Une farine grumeleuse, moisie, charaçonnée, ne peut donner de bon pain, lequel est alors « noir, puant, lourd, aigre, indigeste, bref détestable » (M1 Laffont). Sous Archinard (9^e campagne) on incorpore à la farine, désormais blutée, du levain, pâte déjà fermentée, prélevée sur une panification antérieure soumise à 30° : on obtient des pains ronds de 27 cm sur 10, qui se conservent dix jours et qu'on peut même biscuiter en les portant à 80°.



Âne porteur.



Portage à dos d'homme.

b – Les conserves

L'endaubage ou « bœuf en daube » – futur « singe » – remonte à 1886. En 1880, il se présente en boîtes de 3 à 9 kilos, puis à la fin, de 1 kilo, qu'il faut consommer sitôt ouvertes. Il s'agit du produit intégral de la cuisson de viande sans os, tendons, graisses, écume de bouillon, suivie d'ébullition – le blanchissage –, d'égouttage, de mise en boîte avec soudure, d'une épreuve d'étanchéité en eau à 80° et d'autoclavage de deux heures. La date de fabrication figure sur les boîtes. Outre le bœuf, on conditionne du porc salé en barils (pour postes isolés) ou des saucisses Boissonnet de porc ou de mouton, en boîtes. Aux fayots en boîtes, souvent avariés, on préfère le potage aux haricots de l'usine militaire de Billancourt, stérilisé à 115°, ou le « potage national » en boîtes de « dix soupes », fait de viande de bœuf, de farine de haricots ou de lentilles, de graisse, de caramel et de condiments divers.

c – Les vins et les liqueurs

Le vin pour cadres européens est, dès le début, du Bordeaux en bouteilles. La ration est de 50 cl par jour. Les caisses de dix bouteilles sont arrimées aux flancs des mulets. Il se conserve bien mais doit être soumis à une surveillance sévère en raison des vols et fraudes. Le bouchon sera remplacé en 1887 par une capsule de plomb qui « protège contre la voracité des termites et la ruse des conducteurs de convois habiles à couper le vin d'eau après débouchage » (Laffont). Les officiers voyagent avec leurs digestifs préférés comme le cognac ou l'armagnac. Passant au fort de Kita en 1887, le capitaine Binger signale que « les liqueurs et le bitter de sa cantine ont amélioré le pauvre cocktail des gradés du poste, fait de sucre, de citron et de mauvais tafia ».

Lors des quatre premières campagnes (1880-84), le vin pour la troupe est transporté à dos de mulet en barils de 25 litres et la ration est de 20 cl tous les deux jours. Mais le vin s'aigrit rapidement par acétification. Le problème est tel que le M2 Bellamy réclame

et obtient en pleine quatrième campagne, de remplacer le vin par du tafia, eau-de-vie de mélasse, à raison de 2 puis 4 cl par jour. Les troupes indigènes ont droit au dolo, bière de mil filtrée sur lit de cendres ou de bouses de zébus. Sous Combes (5^e campagne, on maintient le tafia, mais le chef du Service de Santé note que « la privation de vin amène la nostalgie, le dégoût, le manque de résistance à la maladie et même la mort (sic) ». Sous Frey, le vin réapparaît donc, d'abord en fûts de Bordeaux, avec une ration de 25 cl tous les deux jours, ce qui permet au M2 Plouzané de se réjouir : « On est loin des 2 cl de vinaigre à diluer, délivrés à Bamakou ». Les bouteilles pour la troupe apparaissent même au cours de cette campagne, ce qui fait dire à son médecin-chef : « C'est à la bienveillance de M. le sous-secrétaire d'Etat à la guerre que notre colonel doit un envoi de 20 000 bouteilles de vin fort, réparti, à titre d'essai, en caissettes transportables par porteurs ». En 1888, on passe à 50 cl de vin tous les deux jours, en



Portage à dos de mulet.

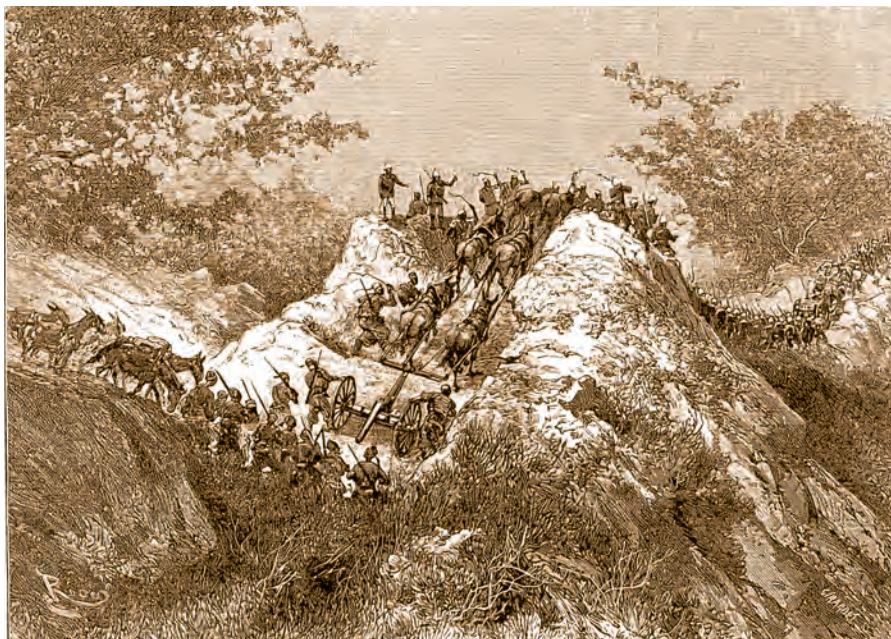
1890 à 75 cl, ce que certains députés dénonceront, déplorant qu'on fasse « par trop de bombance dans le Haut-Fleuve », ce qui entraînera les protestations des élus du vignoble bordelais... Dès 1887, on ajoute même automatiquement à la ration 6 cl d'alcool au quinquina, « tonique et fébrifuge ».

Si les officiers disposent de verres, la troupe utilise le gobelet en tôle d'acier de 85 g, de la même tôle que celle de gamelles de 870 g, gamelles-rognons emboîtables type Bouthion. L'aluminium ne fera son apparition qu'en 1894.

d – Les « à-côtés »

Les rations sont améliorées par les « surplus » des cantines personnelles, les cadeaux reçus en route comme le lait, les volailles, les œufs, les légumes et fruits frais, le produit de la chasse, pratiquée à l'étape (outardes, perdrix, voire kobas, antilopes, phacochères, rats palmistes) ou de la pêche : si le silure, infesté d'arêtes, est laissé à la troupe, quel régal de se faire préparer par son ordonnance oualoff ou toucouleur un bon capitaine du fleuve, avec riz pilaf au gras, dans une sauce au gombo solidement pimentée ! Dans les forts, on restera plus longtemps à la nourriture en barils et au vin en fûts, et on améliorera l'ordinaire grâce aux produits des jardins où l'on récolte les légumes de France, des niébés, des patates douces, du couïambé, du diabré, de l'igname, de l'arachide.

Au départ, le commandement aura su également solliciter pour les blessés, malades et convalescents, l'assistance des Sociétés de Croix Rouge, et notamment l'Union de Femmes de France, toujours prêtes à envoyer au Soudan « tout ce que la tendresse maternelle peut leur suggérer pour adoucir leur sort » (Gentil). Ainsi achemine-t-on, au gré des bateaux-courriers de France, vins fins,



Le passage du Laoussa en mars 1887 (dessin de Riou).

tabac et cigarettes, friandises, que le Service de Santé a la charge de répartir entre patients, en tenant compte de leur état et, si possible des... contre-indications. Et, comme le dit la stance de l'UFF : « Ah, quand nous vous aurons pour compagnes de gloire / c'en sera bientôt fait d'arracher la victoire /, Et que de prompts saluts nos blessés vous devront ».

4 – Le vêtement et la chaussure

Divers textes existent concernant la marche, le port de charges, la protection des téguments, le vêtement, la chaussure. Le médecin a la charge de les faire appliquer « avec rigueur », tout en les aménageant si nécessaire, en fonction des aléas de campagne.

a – Les charges

Officiers et spahis, déjà à cheval, ont leur mulet porteur. Marsouins, bigors, tirailleurs, auxiliaires portent le fusil et ses munitions, le havresac avec vivres et objets personnels, matériel de campagne, ustensiles de table, le tout ne devant pas excéder 25 kilos. En 1887, et comme on l'a déjà évoqué précédemment, suite aux lourdes pertes subies par les troupes métropolitaines lors de la colonne précédente, ces dernières, non seulement sont réduites en nombre, mais disposent désormais d'un mulet harnaché.

b – Les marches

Elles concernent les forts (comme composante des exercices, « avec toujours le fort en point de mire ») où elles participent à la lutte contre l'insidieuse oisiveté, en plus de l'entraînement, puisque c'est là aussi que la colonne procèdera à ses relèves d'effectifs. Mais elle concerne encore plus les colonnes. Au médecin, non seulement d'éviter le surme-

nage aigu, mais également de dépister le surmenage chronique qui se manifeste par de l'amaigrissement et un affaiblissement général de toutes les fonctions, vite irréversible et pouvant nécessiter l'évacuation. « Les traits se tirent, les muqueuses se décolorent, une dyspnée et des palpitations s'installent ». Le risque doit être combattu dès le début par une étude de la durée des étapes, de leurs horaires, de leur fractionnement. Au temps de Frey, ou de Gallièni, une étape habituelle court de 4 heures du matin jusqu'à 10 heures, avec balisage nocturne préalable par éclaireurs. Le commandement, en fonction de l'état des hommes, peut décider d'ajouter une étape supplémentaire de fin d'après-midi, n'excédant pas deux heures, et à condition que le bivouac de nuit soit déjà connu ou ait été reconnu par le peloton de spahis. Entre les deux, la récupération (sieste post-prandiale dite « méridienne ») est obligatoire, tandis que les médecins déterminent l'état de fatigue des hommes et procèdent à une inspection, notamment des pieds.



Une halte au cœur de la brousse.

c – La protection contre les agressions liées au climat tropical

Le médecin devra, par exemple, être soucieux du port du chèche en toile contre le vent de sable, des effets du soleil sur le visage, des piqûres des « abeilles sauvages » (Frey) aux heures chaudes, et des moustiques et autres « mout-mout » aux approches du soir. Les feux qu'on laisse braiser tard dans la nuit éloignent ces derniers, mais dès la 4^e campagne Boilève, les officiers sont dotés de moustiquaires sommaires mais pas très étanches. Le confinement qu'elles entraînent en raison d'une trame trop serrée, devient vite une épreuve pour l'occupant.

Si l'officier porte en colonne la veste de toile, dite de « chasse », le fantassin arbore la vareuse en molleton. Sous elle, la chemise est aussi en coton, avec entre les deux, autour de l'abdomen, la ceinture de flanelle qui devrait limiter les frottements mais qui tend toujours à se déplacer sous l'effet des mouvements. La flanelle de nuit protège quant à elle contre les refroidissements et les spasmes « dysentériques ». Le gros défaut des deux est de retenir la sueur, provoquant bourbouille et furonculose, aussi peu appréciées que l'intertrigo des plis du bas-abdomen, gagnant les bourses et l'espace interfessier : ulcérations et suintement des vésicules de l'intertrigo finissent par interdire la marche, comme l'ont rapporté par exemple les médecins de marine Toussaint et Schneider. Ce qui pose, comme on s'en doute, des problèmes majeurs chez les fantassins. Le M1 Laffont imagine cependant une ceinture de flanelle plus légère et moulant la peau, afin d'éviter les mouvements trop intempêtes : c'est la flanelle « rouge » en raison de sa couleur.

Le casque dit « colonial » est un accessoire alors obligatoire aux heures de forte chaleur, chez les marsouins et les bigors. Le chapeau de paille est prescrit lors



Casque colonial.

des marches de nuit. Le casque modèle 1878, utilisé les trois premiers quarts de la décennie, a été vite contesté par le Service de Santé, tour à tour parce qu'il est trop lourd, quoique pour l'essentiel en liège, encombrant, trop étroit ou confinant le crâne dans une moiteur désagréable. Au point même que le M1 Laffont s'écrie en 1887, « *Je me suis bien souvent demandé en quoi une coiffure aussi étriquée peut bien être utile et même augmenter l'air martial d'une troupe* ». Peu à peu, on améliore quand même ladite coiffure en la doublant d'une armature intérieure en cuir léger, mieux adaptée à la forme du crâne, et en la recouvrant de toile ou de feutre (modèle 1886). Dès 1884, les médecins de marine Hiller, Vallin et Jousset avaient en effet imputé la température élevée, sous le casque, au manque de circulation d'air. Aussi avaient-ils préconisé qu'on laisse un espace entre l'armature de cuir et le liège, « *maintenu béant par de petits fragments également en liège* ». Le Ministère refusera en 1888 d'améliorer le modèle 1886 et, sous Archinard, les médecins des colonnes se contenteront d'interposer entre cuir et liège un fragment de feuille de bananier ou un simple mouchoir mouillé. Il faudra attendre la fin du siècle pour que le liège soit remplacé par de la moelle d'aloès et qu'on ajoute au casque un diaphragme de gaz toilée tombant sur le cou et les oreilles. Les tirailleurs portent quant à eux leur déjà célèbre chéchia rouge, les spahis leur turban en toile.

d – Les chaussures

Si les cavaliers (officiers ou non) portent des bottes molles, le fantassin entame la décennie par le « soulier à guêtre dissociée », vite abandonné au bout de deux campagnes, la guêtre péchant par son « fil de sous-pied », trop faible pour solidariser l'ensemble. On évoque à ce propos la malheureuse affaire de la colonne de Laghouat en Algérie, laquelle, le 28 mars 1879, fut décimée en raison... de la rupture des fils de sous-pied des guêtres de ses fantassins, « *entre Aumale et Boghar, sur un terrain accidenté et argileux* ». Les pieds ensanglantés et incapables d'avancer, les hommes de la colonne durent bivouaquer de nuit par un froid glacial : 19 d'entre eux périrent, sur 49. Dès 1881, les troupes de marine commencent à être dotées du « soulier à guêtre solidarisé », type « godillot », donc sans fil de sous-pied. Mais cette chaussure est difficile à ajuster, la tige, trop basse, blessant



La capitaine Archinard lors de la construction du fort de Kita (1881). (Noter les ceintures de flanelle des deux lieutenants d'artillerie, ses adjoints).

les malléoles. S'imbibant d'eau au passage des marigots ou dans la boue, elle rétrécit et durcit dès qu'on la sèche au soleil. Le résultat se traduit par des excoriations, puis des ulcères qui phagédénisent aisément. La marche en est ralentie, les convois d'éclopés vers l'arrière multipliés.

Le 4 juillet 1881, un texte introduit dans l'armée le brodequin napolitain, à semelle souple et étroite, avec une tige moyenne et un contrefort court, avec laçage au cou-de-pied par des œillets. La compression des extenseurs qu'il risquait de provoquer est compensée, grâce à Salquin, par une languette latéro-interne de cuir souple, incorporée au cuir plus dur du soulier. Son prix interdira cependant son introduction avant 1890 pour les troupes de Marine, de même que la chaussure Perron, à crochets externes pour passer les lacets. L'inconvénient du brodequin lacé est de frotter sur la peau, d'où la nécessité de placer entre les deux des jambières de toile de 16 cm de long, lesquelles entraînent

une macération avec œdème, « le pied échauffé ». En 1887, apparaît le brodequin Berthier, à tige de 22 cm, équipé moitié d'œillets, moitié de crochets, et qui permet d'éliminer les jambières, remplacées par des chaussettes « russes » à bandes de toile fine enroulée. Les Troupes de marine n'en bénéficieront pas non plus et se contenteront donc, toute la décennie, du médiocre godillot.

Dès la 5^e campagne (Combes), le fantassin est autorisé, à l'étape du soir, à porter des espadrilles espagnoles en guise de chaussure de repos. Avant le départ de l'étape ou à l'étape intermédiaire, il s'enduit les pieds endoloris et les ampoules, de vaseline, suif frais de bœuf ou de mouton, ou suintine « Berthier » parfumée à l'essence de mirbane. Du talc est également distribué qui est répandu à l'intérieur des brodequins. « *Le pied, dira Gallièni, fut l'instrument le plus utile et le plus fragile à la fois de la conquête de l'Afrique* ».

*Fin de la 5^e partie, à suivre
et fin dans le prochain bulletin*

