

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

par François Xavier LONG **

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

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

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

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

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

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

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

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

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

** 5 avenue de la Victoire, 55100 Verdun.

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

I) La situation avant la Première Guerre Mondiale

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

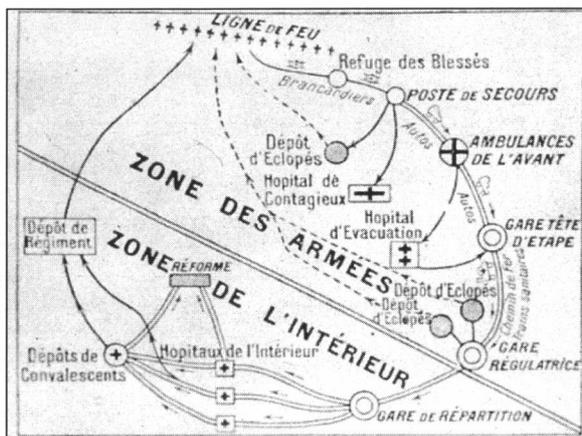
Le dispositif du service de santé sur le champ de bataille jusqu'aux hôpitaux spécialisés de l'arrière mérite que l'on s'y arrête quelques instants pour bien comprendre les difficultés du traitement ultérieur.

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

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

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

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



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

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

L'idée est émise au début du XIXème siècle par Larrey. Il faudra cependant attendre la fin de ce siècle et surtout la Première Guerre Mondiale pour la mettre en application. En effet, lorsqu'on attendait la fin des combats, de nombreux soldats mouraient d'infections et d'épidémies faute de soins. La rapidité de ramassage conditionne la survie du blessé, comme cela a été bien décrit par F. Goursolas qui rend compte de l'hé-



Les Brancardiers
(photo collection personnelle)

roïsme de certains de ces brancardiers qui n'ont pas hésité à payer de leur personne. Certains ont été formés rapidement et il leur était difficile de faire la part entre un mort et un vivant. C'est ainsi qu'Albert Jugon, qui deviendra plus tard un des cofondateurs, de "l'Union des Blessés de la Face", a été considéré comme mort pendant plusieurs jours par les brancardiers qui passaient régulièrement à ses côtés alors qu'il était recouvert de débris telluriques avec une plaie béante de la face caractérisée par une ouverture des lèvres, une protraction de la langue, alors que la salive et le sang se mélangeaient. Le ramassage des blessés était effectué dans des conditions rendues difficiles par la poursuite des combats, les effets de l'artillerie et des armes légères, les conditions climatiques n'étaient pas toujours favorables aussi bien en hiver avec la neige, le verglas, la glace et la boue, qu'en été avec la chaleur, les odeurs pestilentielles et les cadavres qui s'amoncelaient dans les tranchées.

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



Poste de Secours
(photo collection personnelle)

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

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

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

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

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

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



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



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

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

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

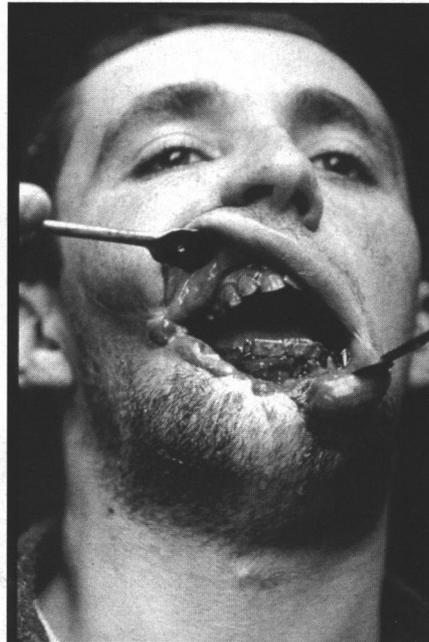
La suture par simple rapprochement n'est pas suffisante pour les grosses pertes de substance des parties molles ; il va falloir les combler à l'aide de lambeaux locaux ou à distance. Le lambeau de Tagliacozzi, qui nécessite différents temps opératoires et des inconvénients physiques et moteurs pour le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

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

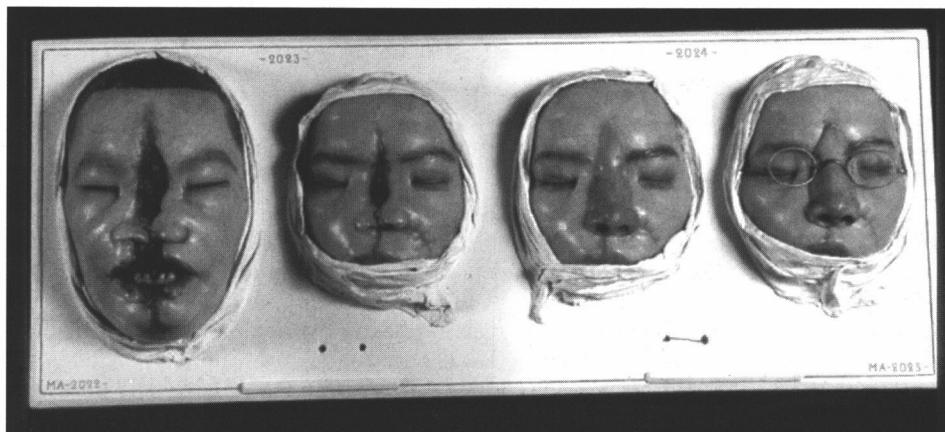
Le traitement de la pseudarthrose va évoluer en deux étapes : la greffe cartilagineuse proposée par Imbert et Morestin connaîtra un succès éphémère par le rejet tissulaire, mais elle eut le mérite de stimuler l'envie de "guérison" des blessés qui connurent des satisfactions passagères au point qu'ils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

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

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



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



Moulage (ECPA)

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

BIBLIOGRAPHIE

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

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

Tous mes remerciements vont aux :

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

RÉSUMÉ

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

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

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

SUMMARY

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

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

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

