

La prise en charge à Marseille des blessés au visage pendant la première guerre mondiale *

par Jean-Louis BLANC **

Ce devait être “la der des der”, la première guerre mondiale a été à l’origine d’une hécatombe qui a provoqué la mort de neuf millions de personnes. La France, par rapport à sa population générale, a payé le plus lourd tribut à cette guerre. Elle a notamment perdu 50 % de sa population rurale et on se demande comment un pays essentiellement agricole comme elle a pu ensuite se relever. On a coutume de dire un peu cyniquement “à toutes choses malheur est bon”. C’est vrai pour les guerres et la première guerre mondiale n’a pas failli à cet adage. Elle a été, par exemple, à l’origine du développement de l’aéronautique moderne. En 1915 il y avait 158 avions, il y en avait 3600 en 1918, dont la puissance avait été multipliée par 3, la vitesse par 2 et le plafond des appareils était passé de 2500 m à 6000 m. Il en est de même au plan médical où des techniques comme les transfusions, l’anesthésie, qui avaient été décrites bien avant, ont été employées à une telle échelle pendant les quatre ans de guerre, qu’elles ont fait des progrès considérables.

Cette guerre a été marquée par l’usage formidable de l’artillerie. L’armée allemande avait, au début du conflit, une supériorité nette en ce domaine et l’égalité entre les armées n’a été retrouvée qu’en 1916. La révolution industrielle de la fin du XIX^{ème} siècle avait doté les armées d’un formidable potentiel destructeur, allant des canons de 75 dont la France était très fière, à des canons de marine amenés sur voies ferrées, jusqu’à des obusiers de 420 comme la grosse Bertha. Les projectiles avaient également été “perfectionnés” avec notamment le schrapnell, encore appelé “arrosoir du diable”, qui provoquait des dégâts considérables parmi les combattants. Enfin, cette guerre a été l’occasion de l’utilisation à grande échelle de la mitrailleuse. Capables de tirer 600 projectiles/minute, elles ont considérablement contribué à alourdir le bilan de ce conflit. La stratégie des états-majors était de préparer le terrain par l’artillerie. Aucun mètre carré de la zone d’attaque ne devait rester intact. Ensuite, sur ce terrain “préparé” l’infanterie passait à l’assaut. En définitive, cette doctrine faisait, si l’on peut dire, la part belle au camp défendant, car le terrain d’attaque était tellement dévasté qu’il gênait la progression des troupes, ainsi que celle de leur logistique.

* Séance de mai 2010.

** Association des amis du patrimoine médical de Marseille, Hôpital Salvator, 249, boulevard Sainte-Marguerite, 13274 Marseille cedex 09.

On s'aperçut rapidement qu'il existait un très grand nombre de blessés au visage. En dehors des brûlures, les plaies au visage pouvaient être regroupées en deux types, en fonction de leur cause :

- soit elles étaient dues à un projectile unique, type balle de mitrailleuse, et elles consistaient alors en un orifice d'entrée, souvent un orifice de sortie et entre les deux des fractures comminutives des maxillaires,
- soit elles succédaient à un éclat d'obus et elles étaient alors caractérisées par des pertes de substance tissulaires (peau, muqueuse, os).

Quelles que soient leurs formes, ce type de blessure allait poser d'énormes problèmes aux chirurgiens qui n'étaient pas préparés à cela. La doctrine du service de santé des armées était basée sur l'expérience de la guerre de 1870 et consistait à évacuer les blessés le plus rapidement possible vers les hôpitaux de l'arrière où, pensait-on, ils seraient le mieux pris en charge. Cette doctrine va être à l'origine, dès le début de la guerre où l'armée française recule, de très nombreux cas de gangrène gazeuse du fait de la lenteur des évacuations et de leurs mauvaises conditions.

Le service de santé allait devoir réagir rapidement. C'est ce qu'il fit avec notamment la création d'hôpitaux nouveaux. L'exemple type en est la création d'un hôpital dans les locaux du Grand Palais, dont l'inauguration eut lieu le 11 octobre, soit deux mois après le début du conflit. Il comportait 1000 lits et une salle d'opération. Des hôpitaux furent aussi rapidement installés dans les bâtiments publics (lycées, hôtels etc.).

Il fallut également ouvrir des services spécialisés pour le traitement des blessures faciales. Les premiers centres spécialisés se situèrent dans les hôpitaux et écoles militaires :

- Paris, au Val-de-Grâce, sous la direction de Frey au début, puis de Morestin ensuite.
- Lyon, autour de l'école de santé militaire, sous la direction d'A. Pont, disposant de 850 lits.
- Bordeaux, à partir de l'école navale de santé, sous la direction de Herpin avec 1000 lits.

Les autres centres ouvrirent plus tard, notamment à Marseille, en 1915. Sa direction fut confiée au Professeur Léon Imbert, secondé par un stomatologiste militaire, P. Réal. Il y avait également un dentiste, le Dr Bolzano, dont on trouve les photographies sur le site internet de la BIUM. Ce centre pour le traitement des blessés maxillo-faciaux était principalement situé à l'hôtel-Dieu à Marseille, il comportait aussi quelques lits d'hospitalisation à l'hospice Sainte-Marguerite. Le total des lits dédiés à ces blessés était de 250.

Ces blessures posaient de considérables problèmes aux chirurgiens qui n'étaient pas préparés à cela. Ils durent inventer, créer de toute pièce, la chirurgie réparatrice du visage. Ces praticiens venaient d'horizons différents : chirurgie générale, stomatologie, ORL, ophtalmologie, mais aussi dentistes qui étaient secondés par les mécaniciens dentistes (prothésistes dentaires). Tout était centralisé au Val-de-Grâce et tous les mois chaque service spécialisé des régions militaires envoyait un rapport détaillé de son activité. C'est la raison pour laquelle aujourd'hui on trouve dans les archives de cet hôpital une quantité considérable de documents médicaux relatifs à cette période.

Peu à peu, une stratégie va se dégager concernant la prise en charge de ces blessés. Le traitement primaire était assuré au niveau de la zone des armées, il comportait le parage et la mise en condition du blessé, avec notamment l'immobilisation des structures osseuses en bonne position. La deuxième phase (traitement secondaire) pour le traitement de

la perte de substance se faisait, après évacuation du blessé, dans les hôpitaux de l'intérieur.

Ces blessés, tout au moins pour les plus graves d'entre eux, vont rester hospitalisés dans ces services pendant des mois, voire des années. Ces services vont représenter pour eux une sorte de cocon protecteur les isolant du monde extérieur. À la fin de la guerre le retour dans la famille va être pour chaque blessé une période critique. Dans le meilleur des cas, la famille prenait le relais du service et le blessé reprenait sa vie dans son environnement familial, mais bien souvent ce ne fut pas possible et le blessé fut rejeté et livré à lui-même. Ce fut une des raisons qui les poussa à se regrouper en une association : l'Union des blessés de la face et de la tête, dont les membres fondateurs furent B. Jourdain et A. Jugon et le premier président le colonel Y. Picot. Elle avait pour devise "sourire quand même". Son but était double, assurer l'entraide pour ces blessés qui vivaient des situations dramatiques et faire reconnaître par les pouvoirs publics le handicap représenté par la défiguration. Cette association devint ensuite l'Association des Gueules cassées dont une des sources de revenu était une participation aux bénéfices de la Loterie nationale (billets du dixième de la Loterie nationale). Cette Association fonctionne toujours. C'est aujourd'hui la Fondation des Gueules cassées qui soutient les travaux sur la recherche médicale dans le domaine de la réparation des traumatismes cranio-maxillo-faciaux.

Les chirurgiens de toutes nationalités (Français, Anglais, Américains, Allemands, etc) qui pendant ces quatre années de guerre ont travaillé au traitement de ces blessés sont retournés dans la vie civile et ils ont eu bien souvent des carrières chirurgicales brillantes en étant les pionniers de la chirurgie maxillo-faciale. Elle donna naissance par la suite à la chirurgie plastique. Les pionniers français en ce domaine ont été H. Morestin qui assura la responsabilité du service du Val-de-Grâce avec des travaux dans le domaine des greffes osseuses et cartilagineuses. On peut aussi citer L. Dufourmentel qui avait la charge du service de Châlons-sur-Marne et qui est resté connu pour un lambeau de cuir chevelu centré sur les pédicules temporo-superficiels. On pourrait en citer bien d'autres.

À Marseille, c'est au Pr Léon Imbert qu'avait été confiée la direction du service de chirurgie maxillo-faciale de la XV^{ème} région. Il était chirurgien généraliste, professeur de clinique chirurgicale depuis 1904. Il fit pendant la guerre de nombreux travaux notamment sur les greffes osseuses et cartilagineuses. Il disposait à l'hôtel-Dieu d'un secteur de chirurgie expérimentale et on trouve ses publications dans la *Restauration maxillo-faciale* qui paraissait tous les mois à partir de 1917. Il fut ensuite directeur de l'école de médecine de plein exercice de Marseille de 1927 à 1930. Léon Imbert fut l'un des principaux artisans de la transformation de cette école en Faculté de médecine en 1930 et il en fut le premier doyen jusqu'en 1937. Léon Imbert reçut un hommage appuyé de la part de l'Association des Gueules cassées à l'occasion de ses funérailles en 1955.

Parmi les Marseillais qui sont intervenus dans la prise en charge de ce type de blessure il faut citer le Pr Georges Beltrami, stomatologiste, diplômé avec le grade de D.D.S de l'université de Pennsylvanie. Il a pendant la guerre travaillé à Lyon dans le service d'A. Pont. À son retour il a créé la première école dentaire à Marseille, qui a ouvert ses portes en 1922.

On trouve également le Docteur Maurice Achard, interne des hôpitaux de Marseille et qui pendant la guerre était médecin-chef-adjoint du centre maxillo-facial de la XVII^{ème} région (Toulouse). Il a beaucoup travaillé dans le domaine nouveau de la radiographie dans les blessures maxillo-faciales. Ses deux fils, Paul et Guy, furent ensuite de brillants stomatologistes à Marseille. La saga continua ensuite avec son petit fils Maurice, également stomatologiste à Marseille.

Le Professeur Maurice Brémond, interne des hôpitaux de Paris en 1906, élève de Sébilleau, mobilisé au début de la guerre sur le front de l'Est, travaillera ensuite dans le service de chirurgie maxillo-faciale de F. Lemaître à Vichy, dont les nombreux hôpitaux étaient transformés en hôpitaux et où la majorité des blessés de l'armée américaine furent hospitalisés. Il terminera la guerre à Nice où il opérait les blessés maxillo-faciaux à l'hôtel Négresco transformé lui aussi en hôpital. Il sera nommé en 1919 professeur de clinique oto-rhino-laryngologique à l'École d'abord, puis à la Faculté de médecine de Marseille. Son fils Georges, également professeur et oto-rhino-laryngologiste, sera l'un des fondateurs de l'école ORL marseillaise.

Enfin, il ne faut pas oublier G. Lachard, qui a travaillé pendant toute la durée de la guerre dans le service du Pr P. L. Imbert à Marseille comme mécanicien dentiste. Il s'inscrira après la guerre à l'école dentaire de Marseille dont il sera diplômé. Son fils Jean, professeur titulaire de la chaire de stomatologie, sera ensuite le fondateur de l'école de chirurgie maxillo-faciale de Marseille.

Les souffrances de tous ces mutilés de la face n'auront pas été vaines et elles ont permis en 2005 la première greffe partielle de visage. En effet, cette chirurgie de pointe est l'aboutissement de toutes ces techniques qui ont été créées lors du premier conflit mondial. Cette greffe a été réalisée par un chirurgien maxillo-facial français, le Pr B. Devauchelle et son équipe, et pratiquée à Amiens qui était pendant la guerre un centre maxillo-facial extrêmement important dirigé par le Dr Blot. L'histoire est un éternel recommencement...

BIBLIOGRAPHIE

LARCAN A., FERRANDIS J.-J. - *Le service de santé aux armées pendant la première guerre mondiale*, LBM, Paris, 2008.

FERRET K. - *Contribution à l'histoire de la chirurgie maxillo-faciale*. Thèse méd. Bordeaux, 2001.

DELAPORTE S. - *Gueules cassées de la grande guerre*. Agnès Vienot.

RIAUD X. - *Pionniers de la chirurgie maxillo-faciale*. L'Harmattan, Paris, 2010.

RÉSUMÉ

Malgré le temps écoulé, la première guerre mondiale reste présente dans les esprits. Son bilan catastrophique y est pour beaucoup : 9 millions de morts, 23 millions de blessés. Pour la France, qui est proportionnellement le pays le plus touché, on dénombre : 1,5 million de morts, soit 10 % de la population active et 500 000 blessés. La stratégie de ce conflit est nouvelle avec l'utilisation considérable de l'artillerie qui va provoquer des blessures spécifiques. Les services de santé des pays engagés n'y sont pas préparés et vont devoir très rapidement s'adapter, modifier les conditions d'évacuation et de prise en charge des blessés. Devant la fréquence et la complexité des blessures au visage, des services chirurgicaux spéciaux sont créés : Paris, Lyon, Bordeaux au début, puis dans chaque région militaire. À Marseille (XVème région militaire) ce sera à l'hôtel-Dieu sous la direction d'Imbert et Real. Ce type de blessure va poser d'importants problèmes aux praticiens : chirurgiens généraux, stomatologistes, ORL, dentistes. Parmi eux émergent Morestin, Dufourmentel, Ginestet, Gillies, Joseph, Kazandjian, pionniers d'une spécialité chirurgicale nouvelle : la chirurgie réparatrice de la face.

SUMMARY

World War I is still present for its millions of dead and wounded soldiers. New types of wounds came unexpected, and the military services were necessarily unprepared. Wounds in the face were so frequent and awful that new wards had to be organized and new methods to be invented. Among great personalities in the field are to be listed Morestin, Dufourmentel, Ginestet, Gillies, Joseph, and Kazandjian.