Prise en charge des blessés de la face dans la XV^e région militaire

J.-L. Blanc

Ce devait être « la der des der » et l'on sait ce qu'il en est advenu.

Un siècle après le début du conflit, le souvenir de la Première guerre mondiale est encore très présent dans la plupart des familles françaises. Le bilan catastrophique de ce conflit y est pour beaucoup : neuf millions de morts. La France a payé le plus lourd tribut par rapport à sa population (1,5 million de morts), perdant notamment, au cours de ce conflit, la moitié de ses paysans.

Comme toujours, cette guerre a été l'occasion de progrès importants, notamment dans le domaine technologique. Elle a ainsi été le point de départ de l'aéronautique moderne. On dénombrait (1) en 1915, 158 avions, il y en avait 3 600 en 1918, dont la puissance avait été multipliée par 3, la vitesse par 2 et le plafond était passé de 2 500 m à 6 000 m.

Elle a été aussi l'occasion d'importantes avancées dans le domaine médical où des techniques qui étaient connues bien avant la guerre ont été employées à une telle échelle qu'elles ont considérablement progressées (anesthésie, transfusions par exemple).

La caractéristique essentielle de ce conflit a été l'emploi massif de l'artillerie et G. Duhamel a pu écrire dans *La vie de martyrs* (2) : « tous les médecins ont pu remarquer l'atroce succès remporté en si peu de temps par le perfectionnement des engins de dilacération ». Et en effet, l'emploi à très grande échelle de l'artillerie allait être l'occasion d'effroyables blessures parmi les combattants pour le traitement desquelles le corps médical n'était pas préparé.

Avec la révolution industrielle de la fin du XIX^e siècle, les armées étaient dotées d'une artillerie considérable, avec des canons dont le calibre allait de 75 mm à plus de 400 mm. Il y avait au début du conflit, sur ce plan, un très net avantage à l'armée allemande, et l'équilibre ne s'est produit qu'au cours de l'année 1916. Non seulement les armées disposaient de pièces d'artillerie, mais également cette guerre a été caractérisée par l'emploi massif de la mitrailleuse, arme pouvant tirer de 6 à 700 projectiles/minutes, elles ont considérablement alourdi le bilan de cette guerre.

La stratégie des commandements militaires était conditionnée par l'artillerie et comportait des attaques massives d'infanterie en un point donné. Ces attaques étaient précédées d'une préparation d'artillerie intensive : aucun mètre carré de la zone délimitée ne devait être épargné par les bombes. Ensuite, l'assaut était mené par les troupes d'infanterie sur un terrain profondément modifié par la préparation d'artillerie où, pensait-on, il ne devait rester que très peu de défenseurs.

Finalement, cette doctrine s'est révélée relativement favorable à la défense en raison de la difficulté de progression des troupes sur le terrain dévasté et aussi des difficultés d'approvisionnement logistique, pour les mêmes raisons.

L'organisation sanitaire et la doctrine médicale

Sur le plan militaire la France était divisée en deux zones (fig. 1) :

– une zone proche du front, dite **zone des Armées**.

– une zone plus distante, la **zone de l'Intérieur**, divisée elle-même en différentes régions militaires.

Dans la zone des Armées, il était établi de grands hôpitaux militaires appelés hôpitaux d'évacuation. En effet la doctrine médicale prévoyait d'acheminer le plus rapidement possible les blessés dans ces hôpitaux où ils devaient être mis en condition pour les évacuer le plus rapidement possible vers les régions militaires afin d'y être traités. Cette doctrine avait été élaborée d'après les constatations faites lors du précédent conflit qui était la guerre de 1870 et elle s'est rapidement révélée totalement erronée. En effet, il devait y avoir peu de blessés, la guerre devait être courte, ce devait être une guerre de mouvement et il s'est agi d'une guerre de tranchées.

Quant à l'évacuation des blessés sur les régions militaires, elle s'est faite dans de très mauvaises conditions, puisqu'au début l'armée française reculait.

J.-L. BLANC, professeur des universités, praticien hospitalier, chirurgien maxillo-facial.

Correspondance : Monsieur le professeur J.-L. BLANC, Service de chirurgie maxillo-faciale, hôpital de la Conception, 147 boulevard Baille – 13005 Marseille.
E-mail : jeanLouisMarie.BLANC@ap-hm.fr



Figure 1. Zone des Armées et régions militaires.

La mise en condition des blessés était défectueuse et le temps mis pour rejoindre les hôpitaux des régions militaires était extrêmement long. Ces mauvaises conditions d'évacuations ont été à l'origine de l'apparition de nombreux cas de gangrènes, dont on connaît le pronostic effroyable.

Ceci a conduit le commandement à modifier la doctrine médicale en développant l'organisation sanitaire de la zone des Armées de façon à ce que les blessés puissent y être traités plus rapidement et plus efficacement avant d'être évacués dans de meilleures conditions vers les hôpitaux de l'Intérieur.

Les blessés

Ce conflit a provoqué un très grand nombre de blessés qu'il fallait aller chercher sur le champ de bataille, amener au poste de premier secours avant de les évacuer, si leur état le nécessitait, plus en arrière vers les ambulances et les hôpitaux d'évacuation.

Le parcours du blessé

La récupération des blessés faisait intervenir les brancardiers qui étaient pris souvent dans les rangs des opposants à la guerre (prêtres, pasteurs, objecteurs de conscience), mais aussi, surtout au début, parmi les dentistes et les pharmaciens. Ils portaient un brassard muni d'une croix rouge qui ne garantissait aucune protection et même bien souvent était pris pour cible. Le ramassage des blessés sur la ligne de front, dans le no man's land, ne pouvait se faire souvent que la nuit, en rampant et tirant le blessé vers la tranchée.

C'était une action particulièrement dangereuse et les brancardiers ont payé un lourd tribut à ce conflit.

Le père Teilhard de Chardin a passé l'intégralité du conflit comme caporal brancardier refusant, au bout de 2 ans, la promotion qui lui aurait permis d'être versé à l'arrière. Un monument (fig. 2) a été érigé, dans la cour de l'hôpital du Val-de-Grâce à Paris, à la gloire des brancardiers. Il est dû à Gaston Broquet.



Figure 2. Le monument de Gaston Broquet.

Le poste de premier secours n'était bien souvent qu'un simple un abri creusé dans la paroi de la tranchée, étayé, faiblement protégé des obus. Son responsable était un médecin, souvent un simple étudiant en médecine, dont la fonction essentielle était le triage. Séparant les trop graves blessés qui allaient mourir, et ceux qu'il fallait absolument évacuer sur l'arrière. Travail extrêmement dangereux et éprouvant sur le plan psychologique.

Le blessé était ensuite amené aux ambulances, structures où pouvaient être effectués les premiers soins. Elles étaient situées hors de la zone menacée par l'artillerie (15 à 20 km du front) dans de grandes habitations (châteaux, fermes) où se trouvaient des chirurgiens et leurs aides. Au début du conflit, ces ambulances étaient peu structurées. Puis devant la nécessité de mieux évacuer les blessés, peu à peu elles ont été améliorées, mieux dotées en matériel et personnel formé à la chirurgie de guerre, de façon à permettre un traitement primaire de meilleure qualité.

Enfin, le blessé était dirigé sur les hôpitaux d'évacuation, situés près d'un axe ferroviaire, routier, ou fluvial. Eux aussi ont été peu à peu dotés des moyens humains et matériels pour les rendre plus efficace.

La création d'hôpitaux et de services spécialisés

Devant l'afflux considérable de blessés de toute sorte, les prévisions s'avérèrent fausses et il fallut créer de toutes pièces des hôpitaux. La création d'un hôpital militaire au Grand Palais à Paris est caractéristique (fig. 3).



Figure 3. Le Grand Palais.

Le Grand Palais a été transformé en hôpital militaire dès le début du conflit. Il pouvait héberger 1 000 blessés et était doté d'une salle d'opération. Il a été inauguré le 11 octobre 1914, soit trois mois après le début du conflit, ce qui souligne malgré tout, la réactivité des pouvoirs publics.

Il est rapidement apparu qu'il y avait un très grand nombre de blessés au niveau du visage. Ce type de blessure ainsi que leur traitement n'était, à l'époque, pas connu. Très peu de chirurgiens avaient été confrontés à ce problème et il a rapidement été nécessaire d'ouvrir des services spécialisés pour le traitement des blessés de la face.

Le premier service de chirurgie maxillo-faciale a été ouvert à Paris dans les locaux de l'hôpital du Val-de-Grâce et sa direction a été confiée, au début à Frey, puis à H. Morestin.

De nombreux services ont été ouverts à Paris : au collège Chaptal, lycée Michelet, école Normale supérieure, etc.

En province, c'est tout naturellement autour des écoles de santé que les premiers services ont été créés :

– Lyon : école de santé militaire, 850 lits, responsable A. Pont ;

– Bordeaux : école de santé navale, 1 000 lits, responsable Herpin.

Spécificité des blessures faciales

Dans une guerre de tranchées, sous un déluge d'artillerie, complété au sortir de la tranchée par le tir incessant des mitrailleuses, on comprend que le visage des combattants ait été particulièrement exposé. Au cours de ce conflit, 15 % des blessures l'ont été à la face, il y a eu ainsi 400 000 blessés au visage.

Le combattant pouvait être atteint par une balle (mitrailleuse ou fusil), ou par un éclat d'obus.

La blessure par balle (fig. 4) comporte un orifice d'entrée, souvent un orifice sortie et au cours de son trajet elle provoque essentiellement des fractures complexes de mâchoires. Si aucun gros vaisseau de la face ou du cou n'est touché la blessure n'est pas mortelle.



Figure 4. Blessure par balle. gilliesarchives.org.uk

La blessure par éclat d'obus (fig. 5) est d'un type différent, car le projectile emporte une plus ou moins grande partie du visage créant une perte de substance (peau, muscles, langue, mâchoires). Là encore si aucun gros vaisseau n'est atteint et le crâne respecté, la blessure n'est pas mortelle.



Figure 5. Blessure par éclat d'obus.

Ces blessures étaient inconnues pour la très grande majorité des chirurgiens et leur traitement allait devoir être « inventé » pendant ce conflit, ce qui allait être à l'origine de la chirurgie réparatrice du visage.

Les chirurgiens qui vont devoir traiter ce type de blessure viendront d'horizons différents. Il y aura des chirurgiens généralistes, des ORL, des stomatologistes, des ophtalmologistes. Mais aussi, bien souvent les chirurgiens-dentistes participeront étroitement à la prise en charge de ces blessés. Ils seront d'une aide capitale, car leur connaissance des notions d'articulé dentaire, et de la physiologie des mâchoires va leur faire tenir une place prépondérante dans le traitement de ces blessés. Ils seront aidés par les mécaniciens-dentistes (prothésistes dentaires) indispensables pour la réalisation des divers appareils de contention des mâchoires et pour les prothèses dentaires.

La chirurgie qui va être développée sera la chirurgie des fractures des maxillaires (contention, ostéosynthèses) et sera suivie de la rééducation des mâchoires en réalisant des appareils destinés à faciliter la récupération fonctionnelle. Au fur et à mesure de l'évolution de la guerre, cette chirurgie « orthopédique » des mâchoires sera faite dans la zone des Armées et les blessés transférés vers l'Intérieur pour leur rééducation. Cette chirurgie va faire durant les quatre années de guerre des progrès considérables. Certains chirurgiens (3) vont y acquérir une expérience considérable et devenir après le conflit les pionniers de la chirurgie maxillo-faciale (Dufourmentel, Kazanjian, Gillies, et bien d'autres).

Concernant la chirurgie réparatrice du visage, elle fera appel à tous les procédés de plastie locale et loco régionale (transfert de lambeaux cutanés) et aux procédés de greffe osseuse, pour réparer les pertes de substance provoquées par les éclats d'obus. Cette chirurgie sera pratiquée essentiellement dans les hôpitaux militaires de la zone de l'Intérieur. Ses progrès seront moins rapides en raison de l'absence d'antibiotiques et des échecs nombreux par surinfection. Néanmoins, les bases des greffes seront posées et lorsque plus tard les conditions seront réunies (avènement des antibiotiques, progrès de l'anesthésie générale) cette chirurgie connaitra un essor considérable.

Prise en charge des blessés au visage dans la XV^{e} région militaire

La XV^{e} région militaire est très vaste, elle correspond à la région PACA augmentée de l'Ardèche, du Gard et de la Corse.

Le grand hôpital militaire permanent de cette région est l'hôpital Michel Lévy à Marseille. Il a été ouvert en 1848 et comprend en 1914, 1 100 lits. Dans cet hôpital il n'y pas de service de chirurgie maxillo-faciale, il existe simplement un Centre d'édenté pour l'appareillage des soldats édentés.

Il est créé à Marseille 106 hôpitaux militaires (4) d'importance très différente :

– hôpitaux complémentaires, gérés par l'armée et dépendant de l'hôpital Michel Lévy ;

– hôpitaux auxiliaires, gérés par les trois sociétés de la Croix rouge ;

– hôpitaux bénévoles, gérés par la municipalité ou des particuliers.

Ces hôpitaux temporaires sont situés dans les hospices, les collèges, les institutions religieuses ou même chez de simples particuliers.

La nécessité de la création d'un service chirurgical destiné spécifiquement au traitement des blessés au visage va rapidement apparaître. Cette création va se faire par l'établissement d'une convention entre l'Administration des hospices civils de Marseille et l'Armée. Il va être créé à l'hôtel-Dieu de Marseille (fig. 6) un service spécialisé qui sera appelé initialement Service de stomatologie et de prothèse dentaire. Il comprendra 250 lits à l'hôtel-Dieu avec une possibilité d'extension complémentaire de 150 lits à l'Hospice pour vieillards de Sainte Marguerite.



Figure 6. Hôtel-Dieu de Marseille.

La direction de ce service sera assurée par le Professeur L. Imbert, chirurgien généraliste, qui au début de la guerre s'est vu confier la responsabilité du service de chirurgie de l'Hôpital Michel Lévy. Il aura comme adjoint P. Real, un stomatologiste parisien. Le service comprendra en outre 2 dentistes et 2 mécaniciens-dentistes.

Le secrétaire d'État aux armées J. Godart ayant demandé à chaque responsable de service de lui adresser mensuellement un rapport de l'activité du service, nous connaissons ainsi très précisément l'activité effectuée. Pour ce qui est de l'hôtel-Dieu de Marseille, les interventions chirurgicales étaient pratiquées par le Pr L. Imbert. Elles concernaient des blessés en provenance du front dont le traitement primaire avait été effectué dans la zone des Armées. Il pratiquait surtout des cranioplasties, des interventions pour fractures des mâchoires (contention, ostéosynthèse, greffe osseuse). L. Imbert avait beaucoup travaillé le domaine des greffes osseuses avant le début du conflit et il disposait à l'hôtel-Dieu d'un laboratoire de chirurgie expérimentale. Il écrira un livre avec P. Real sur la greffe osseuse dans le traitement des fractures des mâchoires qui fera autorité. Un des paramètres d'évaluation de l'activité de ces services était la proportion de blessés qui pouvait être rendus aux armées par rapport à ceux qui étaient réformés. Le bilan pour le mois de janvier 1917 mentionne : 80 sortants dont plus de 90 % ont été rendus aux armées.

Prise en charge des « édentés inaptes » dans la XV[e] région militaire

La circulaire du 15 juin 1916 mentionnait qu'un soldat édenté était considéré comme « inapte », c'est-à-dire ne pouvant aller au front en raison du handicap sur ses possibilités d'alimentation, s'il lui restait moins du tiers de surface masticatoire et moins de cinq dents antagonistes. L'armée a donc mis en place, dans les différentes régions militaires, un système de dépistage et de prise en charge de ces soldats pour leur confectionner rapidement des prothèses dentaires afin qu'ils ne soient plus considérés comme édentés inaptes et ainsi puissent retourner au front.

Dans les villes de garnison existaient des cabinets dentaires de garnison (fig. 7), tenus par un dentiste, secondé par un infirmier dentiste ou un étudiant en dentaire. Leur fonction était de mettre en état la cavité buccale des soldats, traiter les caries, pratiquer les avulsions nécessaires. Ils ne faisaient pas de prothèse et dirigeaient ceux qui en avaient besoin sur le Centre des édentés de Marseille. Il y eut jusqu'à 32 cabinets dentaires de garnison dans les principales villes de la XV[e] région militaire (Avignon, Aix, Draguignan, Nice, Cannes, Privas, Valence, Orange, etc.). Leur bilan pour le mois de décembre 1917 fait état de 4 340 obturations, 4 390 extractions, et 10 785 consultations.



Figure 7. Un cabinet dentaire de garnison. © Musée du Service de santé des Armées, Paris.

À Marseille, à l'Hôpital Michel Lévy (fig. 8), existait un Centre des édentés, ou Centre de prothèse élémentaire, dont le but était d'équiper de prothèses dentaires les soldats édentés inaptes. C'était le seul centre de ce type sur la région militaire. Ce Centre était composé d'un chef de centre, médecin-stomatologiste (Dr Morhange au début, ensuite Dr Prudhomme) et il y avait 4 dentistes et 20 prothésistes dentaires. L'appareillage devait être fourni en moins de 15 jours. Chaque prothésiste était tenu de faire un appareil par jour. Le bilan de décembre 1917 fait état de 627 appareils, 3 523 dents prothétiques, 410 hommes appareillés.



Figure 8. L'Hôpital Michel Lévy de Marseille.

Après la guerre

Les blessés au visage ont été rendus à la vie civile (5). Malheureusement, assez souvent, notamment pour les plus gravement atteints ils ont été rejetés par leur famille. Une grande partie d'entre eux s'est ainsi regroupée en une association dénommée Union des blessés de la face et de la tête, crée en 1921 dont la devise était « sourire quand même ». Elle est ensuite devenue l'Association des Gueules cassées. Son but était l'entraide de ces blessés et la reconnaissance par les pouvoirs publics de leur handicap qui n'était pas jusque-là pris en compte. Financée initialement par la générosité publique (legs, notamment celui de M[me] Strong, tombolas), il lui a ensuite été accordé une participation aux bénéfices de la toute nouvelle Loterie nationale. Cette association existe toujours, elle est à l'origine de la Fondation des Gueules cassées dont le but est de soutenir financièrement la recherche médicale dans le domaine des traumatismes cranio-faciaux.

Marseille, au même titre que toute la France, a payé un lourd tribut lors de ce conflit : 22 étudiants en médecine et 1 professeur (Édouard Delanglade) sont morts. Il faut savoir qu'en 1913, Marseille n'était qu'une École de plein exercice de médecine, relativement petite, les promotions d'externe étaient de 26 et celles d'interne de 12.

Le Professeur L. Imbert (fig. 9) a été, après la guerre, Directeur de l'École de plein exercice de 1917 à 1930, et il n'a eu de cesse de créer à Marseille une Faculté de Médecine. Tâche d'autant plus ardue que la Faculté voisine de Montpellier n'y tenait pas. À force de persévérance la Faculté a été créée en 1930 et L. Imbert en est devenu le premier Doyen, poste qu'il conservera jusqu'en 1937.

Dans son service de l'Hôtel-Dieu, pendant la guerre, il a eu comme dentiste M. Bosano, qui disposait d'un appareil photographique et qui a pris des clichés de certains cas traités à Marseille que l'on peut aujourd'hui examiner sur le site internet de la BIUM (bium.univ-paris5.fr).

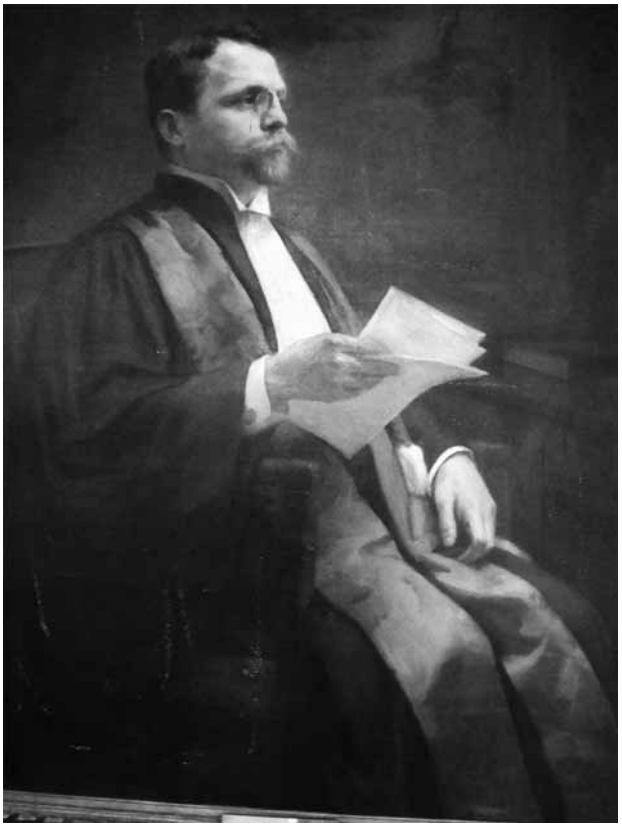


Figure 9. Le Professeur Léon Imbert.

Il y avait également dans ce service, comme mécanicien-dentiste, G. Lachard qui après la guerre deviendra dentiste et dont le fils J. Lachard fera sa médecine à la Faculté de médecine de Marseille, deviendra professeur de stomatologie et chirurgie maxillo-faciale et créera l'école de chirurgie maxillo-faciale de Marseille.

L. Imbert est mort en 1955 et il a reçu lors de ses obsèques un hommage appuyé de l'Association des Gueules cassées pour son action pendant le conflit.

D'autres Marseillais ont pris une part active dans le traitement des blessés de la face :

– M. Bremond, interne de Paris en 1906, ORL, élève de Sebileau, il fera au début de la guerre la campagne dans l'Est, puis opérera les blessés de la face à Vichy avant de terminer la guerre, toujours opérant les blessés du visage à Nice, à l'Hôtel Négresco transformé en hôpital militaire jusqu'en 1918. Son fils G. Bremond deviendra professeur d'ORL et sera à l'origine de l'École d'ORL de Marseille.

M. Achard, travaillera dans la XVIII^{e} région militaire (Toulouse), il s'intéressera à l'apport de la radiographie dans ce type de blessure. Sa descendance (fils, petit fils) s'orientera vers la stomatologie et la chirurgie maxillo-faciale à Marseille.

G. Beltami, interne des hôpitaux de Marseille, stomatologiste, opérera à Lyon dans le service d'A. Pont. Après la guerre il créera l'École dentaire de Marseille qui ouvrira ses portes en 1922. À l'occasion de son décès, l'Association des Gueules cassées adressera un important hommage à sa famille.

Le souvenir des blessés de la face de la Première Guerre mondiale doit être maintenu. Leurs souffrances n'auront pas été vaines, ils ont en effet permis la naissance, puis l'essor considérable de la chirurgie réparatrice du visage dont on vient de mesurer tout le chemin accompli, avec la réalisation en 2005 de la 1re greffe partielle de visage, pratiquée par un chirurgien maxillo-facial français, le Pr. B. Devauchelle, au CHU d'Amiens, qui était en 1914 un très important hôpital d'évacuation…

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Larcan A, Ferrandis JJ. Le Service de santé aux armées pendant la Première Guerre mondiale. Paris : Editions LBM ; 2008.
2. Duhamel G. La vie des martyrs. Lonray : Normandie Roto Éditions ; 2005.
3. Riaud X. Première Guerre mondiale et stomatologie : des praticiens d'exception. Condé sur Noireau : L'Harmattan ; 2008.
4. Olier F, Quénec'hdu J.-L. Hôpitaux militaires dans la guerre de 1914-1918. Louviers : Ysec Éditions ; 2010, 2014, T 1, T 4.
5. Delaporte S. Gueules cassées de la Grande Guerre. Clamecy : Agnès Viénot Éditions ; 2004.

Sites internet :

bium.univ-paris5.fr

gilliesarchives.org.uk