Histoire des Gueules cassées et de la reconstruction faciale

J.-B. Caruhel[a], P. Haen[b]

a Service d'ORL, chirurgie cervico-maxillo-faciale, HIA Percy, BP 406 – 92141 Clamart Cedex.
b Service de chirurgie maxillo-faciale, HIA Laveran, BP 60149 – Marseille Cedex 13.

Résumé

Introduction : la chirurgie reconstructrice des traumatismes de la face a réellement débuté il y a un siècle avec la Première Guerre mondiale et ses milliers de Gueules cassées. Le but de cet article était de présenter l'histoire de la reconstruction faciale et les techniques utilisées en 1914-1918. Matériel et méthodes : nous avons étudié l'histoire de la reconstruction faciale, des prémices utilisées dans d'anciennes civilisations jusqu'aux principales techniques de reconstruction décrites par les chirurgiens de la Grande Guerre, date d'un véritable essor chirurgical et naissance de la spécialité maxillo-faciale. Résultats : après 1914, les chirurgiens, s'aidant des quelques techniques préexistantes, ont élaboré et inventé des procédés pour faire face aux délabrements balistiques de la face. Des chirurgiens généralistes, stomatologues, dentistes ou ORL se sont spécialisés en chirurgiens maxillo-faciaux et ont pu progressivement redonner un visage aux Gueules cassées. Aidés par d'indispensables prothésistes, ils ont mis au point les greffes ostéo-périostées, les prothèses et les « autoplasties », permettant de reconstruire la plupart des pertes de substance. Discussion : la reconstruction des Gueules cassées a fait appel à l'ingéniosité, à la persévérance et à l'habilité des chirurgiens reconstructeurs et des prothésistes de l'époque. La naissance d'une spécialité à part entière s'est faite grâce à une collaboration étroite entre plusieurs spécialités, entre chirurgiens de divers pays, au profit des défigurés. Le nombre de patients à reconstruire a permis une expansion, une sélection et un raffinement des techniques, qui restaient malgré tout éprouvantes, longues et parfois décevantes. Conclusion : la plupart des Gueules cassées ont pu bénéficier de ces techniques pour retrouver un visage, malgré la souffrance et les séquelles. De nos jours, le défi reste immense, mais nous profitons de leur héritage amélioré par un siècle de progrès médico-chirurgicaux.

Mots-clés : Balistique. Gueules cassées. Première Guerre mondiale. Reconstruction faciale. Traumatisme facial.

Abstract

THE HISTORY OF THE 'BROKEN FACES' OF THE GREAT WAR AND OF FACIAL RECONSTRUCTION.

Introduction: the reconstructive surgery of gunshot injuries of the face began during the First World War in order to care for thousands of disfigured war veterans. The objective of this study is to describe the history of facial reconstruction and WW1 surgical technics. Materials and Methods: We reported the history of facial reconstruction, from the basic methods used in ancient civilizations to the main reconstructive techniques described by WW1 surgeons. The First World War heralded both the beginning and an important development of this surgical specialty. Results: Since 1914, surgeons established surgical procedures to care for gunshot facial injuries, using older basic technics. General surgeons, stomatologists, dentists or ENT surgeons became maxillofacial specialists, in order to repair broken faces. With the support of dental technicians, they developed osteoperiosteal grafts, prosthesis and cutaneous flaps for the main treatments of facial wounds. Discussion: Using their ingenuity, perseverance and skills, surgeons and technicians addressed the challenge. The beginning of this surgical field became possible with the support of various medical specialties, from various countries all around the world, for the benefit of the disfigured warriors. The huge numbers of patients operated contributed to the development, improvement and sophistication of the techniques which remained harrowing, long and sometimes disappointing. Conclusion: Most of the disfigured patients could be repaired with WW1 techniques, despite their pain, and sequelae. Today the challenge is still enormous, yet we benefit from their work and experience made more efficient by a century of surgical and medical improvements.

Keywords: Ballistic. Facial reconstruction. Facial trauma. First world war. War veterans disfigured facially.

Introduction

L'histoire de la reconstruction faciale est intimement liée à la Première Guerre mondiale et ses milliers de Gueules cassées. Cette guerre de 1914-1918 marqua son siècle par son incroyable violence. Le déluge de fer et feu qui s'abattait sur les troupes fut responsable d'innombrables victimes, par explosion, éclat d'obus, ou par balle. La conception même des tranchées, avec les extrémités céphaliques facilement exposées aux tirs ennemis, expliquait le taux élevé de blessures de la face. Parmi les trois millions de blessés français, on estime entre 14 000 et 15 000 le nombre de blessés de la face (1). L'administration les nommait les « faciaux »,

J.-B. CARUHEL, médecin des armées. P. HAEN, médecin en chef.
Correspondance : Monsieur le médecin des armées J.-B. CARUHEL, Service d'ORL, chirurgie cervico-maxillo-faciale, HIA Percy, BP 406 – 92141 Clamart Cedex.
E-mail : jean-baptiste.caruhel@intradef.gouv.fr

on les surnommait les « baveux », et plus tard, de la bouche du Colonel Picot sortait le terme tristement célèbre de « Gueules cassées ». Ils posaient un réel problème de santé publique, le nombre sans précédent de blessés maxillo-faciaux obligea les autorités militaires, médicales et sanitaires à se réorganiser. L'importance des délabrements imposait aux chirurgiens des prouesses techniques, de la patience et de la persévérance pour leur redonner un visage.

Développement des centres de reconstruction maxillo-faciaux pendant la Grande Guerre

Les prémices

Les pathologies dentaires, orales et faciales sont décrites, étudiées et traitées depuis plusieurs millénaires. On retrouve des preuves de ces activités via des papyrus égyptiens, des descriptions indiennes, des écrits romains ou encore d'Hippocrate. Plus récemment, la Renaissance allait voir l'essor de certains chirurgiens spécialisés, tels Pierre Franco (1506-1597) à Lausanne, codifiant la géniopoïèse et cheilopoïèse, l'italien Gaspar Tagliocozzi (1545-1599), développant la réparation faciale, célèbre pour son procédé acrobatique de rhinopoïèse, ou Ambroise Paré (1510-1590), chirurgien-barbier des rois, s'intéressant aux épithèses nasales, oculaires ou auriculaires, aux fractures mandibulaires… Mais la spécialité maxillo-faciale n'existait toujours pas en tant que telle. Les restrictions religieuses freinaient l'essor de cet art, la Faculté de Médecine de Paris interdisait même en 1788 la chirurgie réparatrice du visage car « contraire aux intentions divines ». Au XIX^{e} siècle, la chirurgie réparatrice renaissait, suite aux guerres napoléoniennes, pendant lesquelles officiait le baron Dominique Larrey, mais grâce également aux progrès de l'anesthésie (apparition de l'anesthésie générale en 1846). Mais c'est véritablement la Guerre de 1914-1918 qui allait permettre l'essor de la chirurgie maxillo-faciale. Pour faire face à l'afflux ininterrompu de blessés de la face, l'armée, l'état et le corps médical s'organisèrent, ouvrirent des centres dédiés, développant et façonnant cette spécialité.

Le développement des Centres Maxillo-Faciaux

La guerre, que tout le monde prévoyait courte, satura rapidement tous les échelons du parcours du blessé, et les lésions rencontrées dépassaient les doctrines thérapeutiques d'usage. Du ramassage sur le « *no man's land* » aux hôpitaux régionaux de l'arrière, la chaîne santé s'adapta petit à petit. Le Service de santé procéda donc, avec l'aide primordiale de ses médecins militaires et civils mobilisés, à la mise en place d'un réseau de soins dédié.

Les ambulances chirurgicales

Les ambulances chirurgicales comprenaient des équipes chirurgicales se composant d'un chirurgien, de son aide, d'un radiologue et d'une vingtaine d'infirmiers. Situées à quelques kilomètres seulement de la ligne de front, elles constituaient l'étape suivante du poste de soins. D'abords précaires et sous-équipées, elles sont rapidement dotées de moyens techniques et humains permettant des actes chirurgicaux adaptés. C'est à ce stade que l'on effectuait un bilan lésionnel approfondi, des pansements itératifs, les premiers temps chirurgicaux. Initialement formées de chirurgiens généralistes, ces centres furent renforcés tardivement (courant 1918) par des équipes spécialisées maxillo-faciales, pour optimiser les prises en charge et éviter les gestes délétères, et préparer au mieux le temps de la reconstruction. Après stabilisation, les blessés faciaux, portant sur leur dossier la lettre « C » les caractérisant, sont transférés dans les centres spécialisés. Dans ces centres, des stomatologues, des ORL, et des chirurgiens généralistes allait progressivement se spécialiser dans la reconstruction maxillo-faciale (2).

Les hôpitaux spécialisés de l'avant

Appelés « équipes maxillo-faciales d'armées », ces centres se sont créés à proximité des champs de bataille afin de limiter les temps d'évacuation. Situés à Amiens, Verdun ou encore Bar-Le-Duc, ces structures sont formées ex nihilo, sans modèle pré existant, civil ou militaire. La proximité de ces structures a permis d'obtenir des délais de prise en charge convenables : à Amiens, les évacuations via des porteurs à vapeur permettaient des prises en charge 12 à 24 heures après le traumatisme (3). Souvent hébergés dans des bâtiments civils (écoles, couvents, palais de justice) on y trouvait un service de chirurgie maxillo-faciale aux côtés de services d'ophtalmologie et d'oto-rhino-laryngologie. Au sein de ces structures, les effectifs étaient faibles au regard de l'afflux de blessés. À Amiens, par exemple, un chirurgien médecin-chef spécialisé, le Dr Blot, était suppléé de 2 chirurgiens généralistes, de 2 stomatologues, 1 ORL et 1 ophtalmologiste, ainsi que 137 infirmiers, dans une structure pouvant héberger jusqu'à 550 patients. Dans les premiers temps suivant l'admission, ils effectuaient le triage initial, le bilan lésionnel, l'irrigation-lavage des plaies ainsi que les premiers temps chirurgicaux si nécessaires. S'en suivaient des temps chirurgicaux secondaires, des extractions et parfois des opérations plastiques. Mais les reconstructions définitives étaient souvent assurées dans le dernier échelon d'évacuation : les centres spécialisés de l'arrière.

Les centres spécialisés de l'arrière

Des centres de chirurgie générale ou de spécialité voisine, tel que l'ORL, se sont adaptés à la demande sanitaire et se sont organisés grâce à la volonté des chefs de service et chirurgiens. Dans un premier temps, des centres s'ouvrirent entre septembre et décembre 1914 :

– à Paris, au Val-De-Grâce, sous la direction du Dr Morestin et à l'hôpital Lariboisière, aménagé par le Dr Sébileau ;

– à Lyon, dirigé par le Dr Pont ;

– à Bordeaux, sous la direction du Dr Cavalié.

Ces principaux centres furent rapidement saturés et de nouvelles structures se mirent en place dans l'ensemble de la métropole (2). Dirigés par un chirurgien chef, si possible spécialisé dans les restaurations faciales,

les équipes comprenaient des « médecins-traitants » (c'est-à-dire de chirurgiens assistant le chirurgien chef dans les grosses reconstructions et pratiquant les interventions de routine), des chirurgiens-dentistes, et travaillaient de concert avec des spécialistes ORL et ophtalmologistes. Des infirmières spécialisées et des infirmières bénévoles, en nombre, se répartissaient dans les salles de pansement, de triage, au bloc et dans les services. Des massothérapeutes de carrière (masseurs-kinésithérapeutes) étaient également indispensables aux bons déroulements des soins. Éléments indispensables de ces centres, les prothésistes et un laboratoire dédié composaient également ces équipes, aussi bien pour les réhabilitations prothétiques dentaires que pour la confection d'épithèses, d'appareils de contention, de mécanothérapie… (4).

Techniques de reconstruction des traumatismes balistiques occlusaux maxillo-mandibulaires

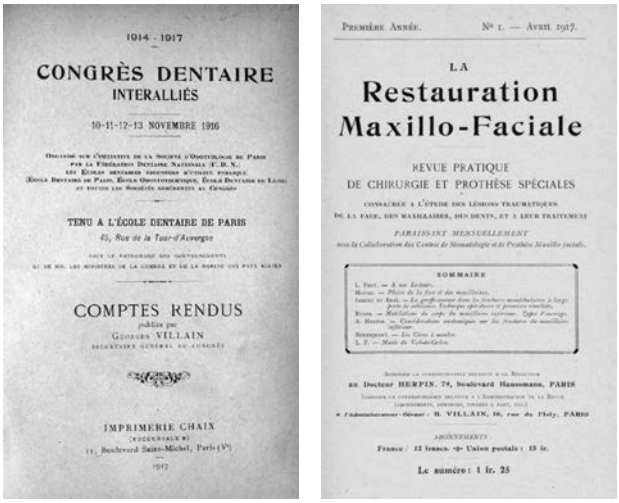
Introduction

Dès 1914, les chirurgiens étaient confrontés à un problème de taille : reconstruire des visages pulvérisés. La chirurgie réparatrice de la face n'existait pas encore, et les lésions laissaient initialement les chirurgiens perplexes et désarmés. Le docteur Lemaître exprimait bien l'état d'esprit dans lequel se trouvaient les soignants : « Lorsqu'on pénètre dans un centre de chirurgie maxillo-faciale, ce qui fixe l'attention, ce sont les effroyables délabrements de la face ; aussi peut-on être saisi d'épouvante au regard de ces blessures […] et quand la sensibilité a cédé à la réflexion, quand l'homme fait place au chirurgien, celui-ci se demande comment il va pouvoir réparer de tels délabrements » (5).

La chirurgie reconstructrice de la face va progresser, étape par étape, grâce à l'inventivité, la détermination et le travail des chirurgiens qui s'étaient attelés à cette tâche immense. Après des hésitations, des détours, des erreurs, les procédés furent testés, éprouvés et divulgués. Les chirurgiens étaient soucieux de partager leurs expériences, de tirer profit des méthodes des autres centres, nationaux et internationaux, afin de faire évoluer leur art. La chirurgie maxillo-faciale prenait forme officiellement. Des congrès internationaux eurent lieu, des revues furent créées, en plein conflit, pour échanger, dialoguer et progresser, comme le Congrès dentaire interalliés de 1916, où les plus grands noms exposaient leurs expériences et théories, ou La Revue de la restauration maxillo-faciale (fig. 1).

Prise en charge des parties molles

Les traumatismes balistiques de la face s'accompagnent très souvent de perte de substance des tissus mous : les plaies muqueuses provoquent des brides souvent tenaces et invalidantes, les plaies cutanées des séquelles esthétiques importantes, et l'association des deux lésions provoquent des situations thérapeutiques délicates, des écoulements de salive et des expositions


1914 - 1917

CONGRÈS DENTAIRE
INTERALLIÉS

10-11-12-13 NOVEMBRE 1916

TENU A L'ÉCOLE DENTAIRE DE PARIS
45, Rue de la Tour-d'Auvergne

COMPTES RENDUS
publiés par
GEORGES VILLAIN

IMPRIMERIE CHAIX

1917

Première Année. — N° 1. — Avril 1917.

LA
Restauration
Maxillo-Faciale

REVUE PRATIQUE
DE CHIRURGIE ET PROTHÈSE SPÉCIALES

PARAISSANT MENSUELLEMENT

SOMMAIRE

au Docteur HERPIN, 79, boulevard Haussmann, PARIS

G. VILLAIN, 16, rue de Vaugirard, PARIS

ABONNEMENTS

France : 12 francs. — Union postale : 15 fr.

Le numéro : 1 fr. 25

Figure 1. Extraits du rapport du Congrès dentaire interalliées de 1916 et du premier numéro de la Revue de la Restauration Maxillo-Faciale d'avril 1917.

osseuses. Afin de procéder à la réparation osseuse, et de parvenir à une fonction orale adéquate, il est important d'obtenir des tissus de qualité, étanches, et souples. Elle impose une patience énorme de la part du chirurgien comme du malade, avec des opérations itératives, plus ou moins espacées. Les chirurgiens de la Grande Guerre ont dû piocher dans des techniques anciennes puis les adapter, les perfectionner, afin d'obtenir des résultats satisfaisants. Cette période fût riche en inventions chirurgicales, avec des techniques de plasties révolutionnaires.

En 1597, le docteur Tagliacozzi, professeur à l'université de Bologne, a décrit dans son traité De Curtorum Chirurgia, une technique pour la reconstruction nasale, à l'aide d'un lambeau pédiculé, prélevé sur le bras. Elle fut nommée « méthode italienne » (fig. 2.), et fut modifiée pour servir aux reconstructions nasales, mais aussi mentonnières et péribuccales (6). Elle fut cependant rapidement considérée comme archaïque, car les contraintes de la technique, l'inconfort de la position, les séquelles ostéo-articulaires et les dyschromies cutanées étaient autant d'inconvénients majeurs. La plupart des chirurgiens de l'époque l'envisageait quand le « réservoir facial d'autoplastie » était épuisé, en dernier recours (7).

En Inde, environ six siècles avant notre ère, des auteurs ont décrit dans le Sushruta-Samhita, traité de médecine ayurvédique, des processus de reconstruction nasale par un lambeau frontal, pour traiter notamment les victimes d'amputations nasales, sanctions fréquentes pour les criminelles. Ces procédés ont ensuite inspiré de multiples techniques d'autoplasties, dénommées actuellement lambeaux cutanés locorégionaux, centrés sur une artère nourricière, ou des lambeaux de transposition : lambeau frontal, lambeau temporal, lambeau rétro-auriculaire, lambeau génien, lambeau cervical,… (fig. 3).

Les autoplasties selon la méthode française concernaient les procédés utilisant des lambeaux cutanés avec décollement sous-cutané. À proximité des lésions à reconstruire, on effectuait un rapprochement par simple glissement, lorsque l'élasticité et la présence

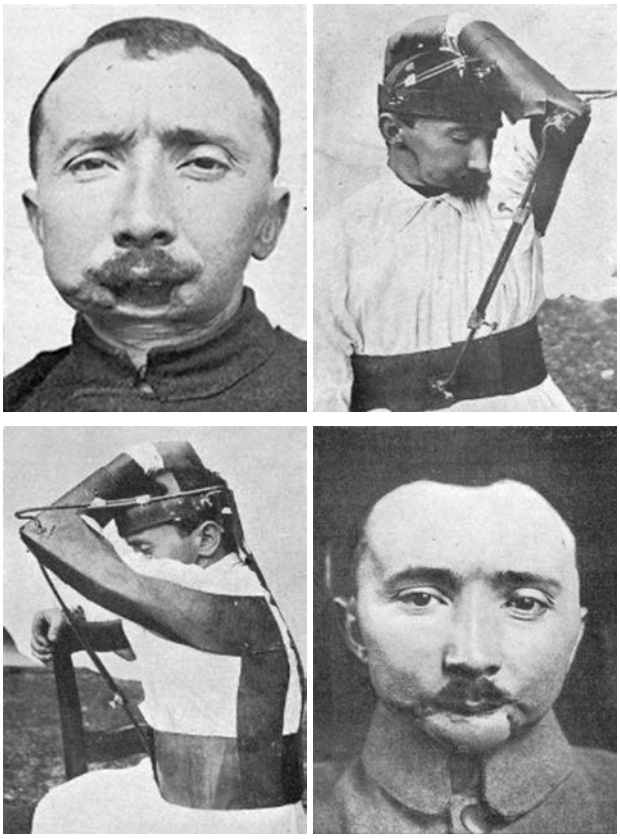


Figure 2. Technique à l'italienne, avec photos avant et après intervention et sevrage du lambeau. Dr Rouget, Grosse mutilation de la face, réparation par greffe italienne. La Restauration Maxillo-Faciale (7)

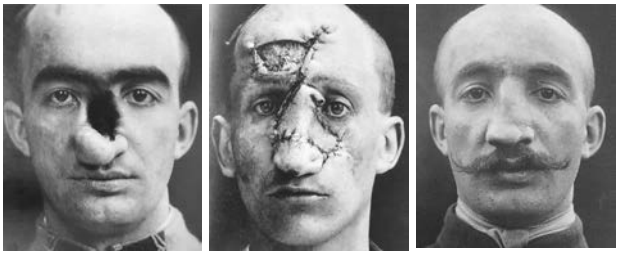


Figure 3. Artilleur Charles G, mutilé par éclat de bombe. Reconstruction par lambeau frontal. © Musée du Service de santé des armées.

suffisante de tissus le permettaient. Les interventions devaient s'effectuer de manière prudente, sans tension, en plusieurs étapes, en respectant les stades de la cicatrisation et en s'adaptant au fur et à mesure (2). Le Dr Dufourmontel, dans son centre de Châlons-sur-Marne, a mis au point une technique de lambeau à double pédicule (fig. 4), vascularisé par les artères temporales superficielles, permettant la reconstruction des pertes de substance mentonnières et labiales. Ce lambeau, apparu tardivement en 1918, rendit de grands services pour la reconstruction des délabrements étendus : malgré un rendu esthétique parfois discutable, ce procédé permettait de traiter les orostomes, de rendre possible une continence labiale et d'apporter du tissu sain pour préparer les greffes ostéopériostiques.

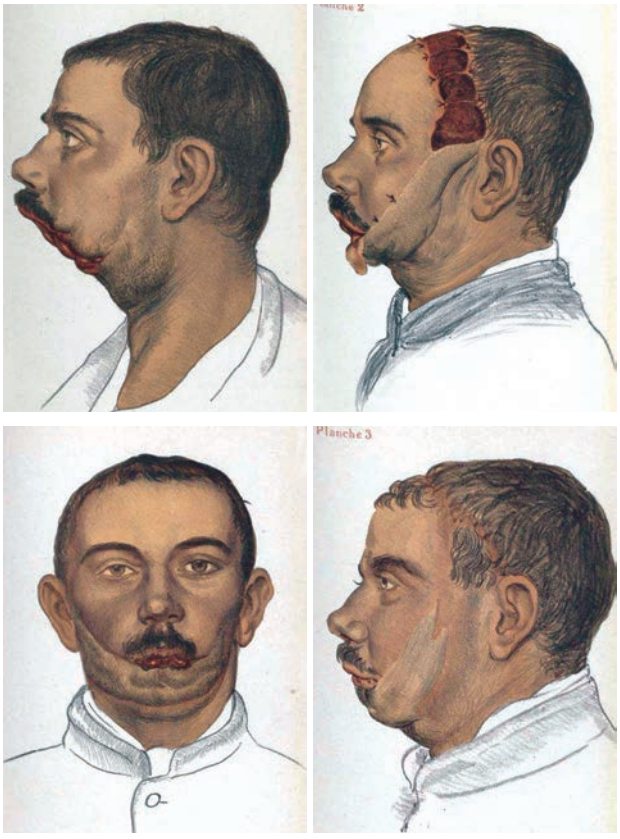


Figure 4. Planches illustrant le lambeau de Dufourmontel. Dufourmontel L, Reconstruction de massif maxillaire inférieur. La Restauration Maxillo-Faciale.

La prise en charge des muqueuses est un véritable défi qui s'imposait aux chirurgiens. Les processus de cicatrisation de la muqueuse orale provoquaient souvent des lésions difficiles à prendre en charge : les tissus se rétractaient, se bridaient, se fibrosaient. Les conséquences fonctionnelles étaient multiples et très handicapantes : limitation de l'ouverture buccale, impossibilité d'appareillage, difficulté pour la prise d'empreinte, difformités inesthétiques et déplacement des structures osseuses. Il fallait donc procéder à des interventions pour corriger ces déformations mais aussi pour confectionner une enveloppe propice aux greffes. Le docteur Pont exposa également, en 1916, les différentes techniques non chirurgicales possibles pour assouplir et allonger les cicatrices. Elles sont effectuées dans les services de « physiothérapie » : radiothérapie, ionisation iodurée ou au radium, application de courants chauds, massage et électrothérapie (galvanisation, faradisation, courant haute fréquence). Mais ces techniques étaient surtout adaptées aux cicatrices cutanées, car leurs applications intra-orales étaient souvent impossibles (8). Quand la qualité des muqueuses le permettait, on pouvait, à l'instar des tissus cutanés, procéder à des plasties (fig. 5).

Prise en charge des lésions osseuses

Le délai de prise en charge entre le traumatisme et les premiers soins dans un milieu sécurisé, spécialisé et

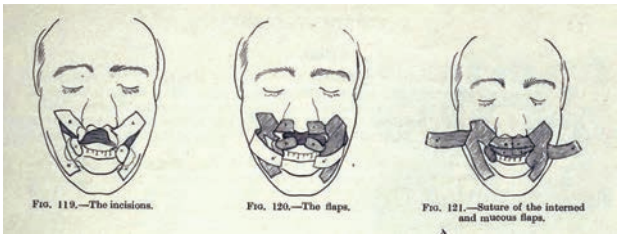






Figure 5. Plasties muqueuses associées à des plasties cutanées pour reconstruction labiale supérieure. Gillies HD, *Plastic Surgery of the face. London : Crowde, 1920*.

équipé pouvait prendre plusieurs jours voire plusieurs semaines. Cette perte de temps était particulièrement préjudiciable pour la consolidation osseuse : il en résultait des pseudarthroses et consolidations en position vicieuse, dont le traitement était particulièrement complexe. La nature même des lésions balistiques faisait que même les traumatismes pris en charge de manière optimale évoluaient défavorablement. Pour ce qui est des lésions avec d'importantes pertes de substance, c'est après de multiples opérations que les chirurgiens, dans certains cas, arrivaient à redonner forme et fonction aux défigurés. Les chirurgiens s'inspirèrent alors des connaissances des chirurgiens-dentistes, des stomatologues, des prothésistes, et des orthopédistes pour ériger des principes thérapeutiques qui allaient forger la spécialité maxillo-faciale.

Le traitement initial des lésions osseuses consistait majoritairement à réaliser un traitement « physiologique » (comprendre orthopédique), avec immobilisation sur prothèses ou fils d'acier, avec ou sans blocage. Le blessé balistique arrivait ensuite dans le centre chirurgical spécialisé de l'arrière (fig. 6). De grandes divergences existaient en fonction des centres, certains évitaient à tout prix la chirurgie, alors que d'autres, comme le Dr Imbert à Marseille, se lançaient déjà dans l'ostéosynthèse par plaques. Les défenseurs de la prothèse argumentaient leur point de vue en décriant le risque délabrant de la chirurgie, altérant les tissus sains, provoquant infections et difformités. Cependant, une stratégie thérapeutique prioritaire finit par dominer les autres dans le traitement des pseudarthroses et des pertes de substance, il s'agit de la greffe. L'équipe du Mans a particulièrement révolutionné les méthodes de greffe en proposant une méthode rationnelle et bien étudiée : la greffe ostéopériostique, ou « méthode Delagénière ». S'inspirant des travaux sur la greffe périostique du Dr Louis Léopold Ollier, chirurgien lyonnais du XIX^{e}, les docteurs Delagénière, Lebidinsky et Virenque ont mis au point ce procédé et communiqué leurs bons résultats. Les greffons étaient prélevés sur la face interne du tibia (4).

Place des prothèses maxillo-faciales

Les chirurgiens réparateurs de la face ont profité de l'héritage de la stomatologie et de la chirurgie-dentaire, et de leur expérience de l'art prothétique dans les restaurations bucco-dentaires. La spécialité maxillo-faciale s'est développée en harmonie avec cette discipline, et les blessés ont contribué involontairement au développement et la progression technique de cet art. Preuve du rôle central de la prothèse, les centres de reconstruction des Gueules cassées se dénommaient souvent « Centre de chirurgie et de prothèse maxillo-faciale ». Dans le traitement des pathologies des mâchoires, la prothèse avait un rôle primordial, en tant que traitement associé ou non à la chirurgie, et comme traitement définitif quand la chirurgie arrivait à ses limites. Dans un laboratoire de prothèse, dirigé par un chef de service, des « mécaniciens-dentistes » s'échinaient à imaginer, élaborer et confectionner des prothèses.

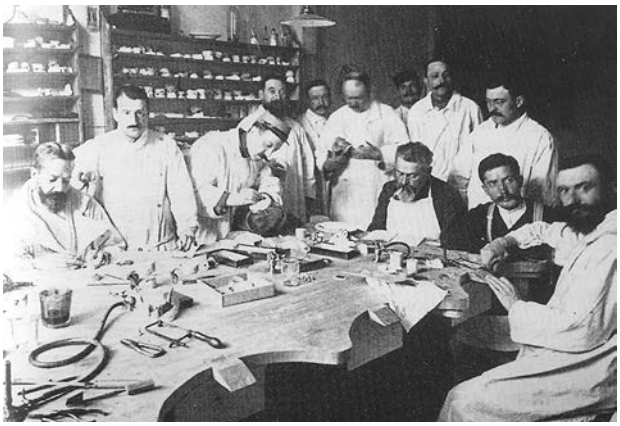


Figure 6. Centre de prothèses du Val-de-Grâce. © Archives du Musée du Service de santé des armées.

La plupart des techniques chirurgicales ne devaient leur succès qu'à un appareil prothétique efficace et bien toléré (9). Les prothésistes devaient alors rivaliser de génie pour que leurs prothèses soient indolores, confortables et peu encombrantes, car il n'était pas rare que le blessé, exaspéré, se débarrasse de ses appareils (fig. 7).

De composition très variée (métal, caoutchouc, vulcanite), avec des ingénieux systèmes mécaniques de poulies, ressorts et glissières, le champ d'application des prothèses s'est considérablement élargi. Du bridge dentaire à l'épithèse, en passant par les prothèses mécaniques de réduction, de nombreux blessés ont bénéficié de ces appareils.

La réhabilitation dentaire était confiée aux chirurgiens-dentistes et aux prothésistes. Des appareils dentaires sous forme de bridge permettaient de rendre possible la mastication, quand la reconstruction osseuse et la lutte contre la constriction étaient effectuées. Parfois, les appareils dentaires étaient rajoutés sur les prothèses définitives. L'ingéniosité des dentistes et des prothésistes était primordiale.

Lorsque la chirurgie montrait ses limites, et qu'il fallait masquer des visages difformes malgré les tentatives de reconstruction, l'ultime solution était la confection d'épithèses. Elles permettaient de combler superficiellement les volumes du visage à l'aide d'artifices comme des lunettes ou des colles. Des pâtes de gélatine pure additionnées de glycérine et de colorant pouvaient mimer la peau et même être le support de moustache et de prothèse oculaire. Cependant, ces procédés étaient terriblement fastidieux pour le patient, les colles irritaient la peau, et au bout de quelques heures, l'épithèse virait de couleur donnant un rendu esthétique médiocre. Malgré les tentatives d'amélioration technique, notamment par le docteur Pont, ces épithèses étaient mal vécues. En plus d'être contraignantes et disgracieuses, elles rajoutaient parfois un côté ridicule aux blessés, qui, bien souvent, préféraient soit exposer leurs blessures, soit les cacher sous de simples bandages, soit tout simplement se cacher du monde extérieur (1, 4).



Figure 7. Exemple d'appareil dentaire articulé maxillo-mandibulaire. © Musée du Service de santé des armées.

Conclusion

La naissance de la chirurgie maxillo-faciale est intimement liée à la Première Guerre mondiale. Les Gueules cassées ont été victimes de l'impensable déferlement de violence qui s'abattait sur les champs de bataille. Ils ont contribué au développement de cette spécialité jusqu'alors balbutiante. Progressivement, des centres se sont créés et des chirurgiens se sont spécialisés pour reconstruire ces visages brisés. En quelques années, les connaissances et les techniques ont connu une incroyable expansion. Les reconstructions de ces défigurations représentaient un travail immense, par la complexité et la durée des soins.

Les résultats incroyables des chirurgiens de la Grande Guerre ne doivent pas faire oublier la souffrance endurée par les patients, le nombre important d'interventions chirurgicales subies, l'inconfort des prothèses et appareils, l'impact psychique énorme et la récupération fonctionnelle difficile. Depuis les Gueules cassées, les progrès chirurgicaux successifs ont permis de perfectionner la reconstruction faciale. Les techniques de nos anciens ont été perfectionnées, adaptées et complétées par des innovations. L'ensemble du panel thérapeutique dont dispose le chirurgien permet actuellement d'optimiser les prises en charge. Les traumatismes balistiques de la face sont encore de nos jours, un défi pour les chirurgiens reconstructeurs.

Les auteurs déclarent n'avoir aucun conflit d'intérêt concernant les données présentées dans cet article.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Monestier M. Les gueules cassées. Les médecins de l'impossible 1914-1918. Le Cherche Midi; 2009:281p.
2. Delaporte S. Les Gueules cassées. Les blessés de la face de la Grande Guerre. Paris: Noesis; 1996:231p.
3. Blot P. Rapports mensuels de février à octobre 1916, Centre hospitalier d'Amiens. Arch du Serv santé des Armées, Val-de-Grâce 1916.
4. Lebedinsky J, Virenque M. Prothèse et chirurgie Cranio-Maxillo-Faciale. J-B. Baillière; 1918: 398p.
5. Lemaitre. Rapport mensuel d'octobre 1917. Archives du Service de santé des armées, Val-De-Grâce.
6. Rouget J. Grosse mutilation de la face. Région buccale et mentonnière. Réparation par greffe italienne. La Restaur maxillo-faciale. 1919;7:435-45.
7. Virenque M. Chirurgie réparatrice maxillo-faciale. Autoplasties - prothèse - restauration. Maloine. Paris; 1940:253p.
8. Pont A. Thérapeutique des cicatrices faciales. Congrés Dent interalliés. 1916:915-35.
9. Sébileau P. De la cicatrisation naturelle et du traitement des fractures balistiques de la mâchoire inférieure. Congrés Dent interalliés. 1916:55-69.