



HAL
open science

Visage mécanique, visage organique. Albéric Pont et la restauration de la face durant la Grande Guerre

Julie Mazaleigue-Labaste

► **To cite this version:**

Julie Mazaleigue-Labaste. Visage mécanique, visage organique. Albéric Pont et la restauration de la face durant la Grande Guerre. 2019. halshs-01989347

HAL Id: halshs-01989347

<https://shs.hal.science/halshs-01989347>

Submitted on 22 Jan 2019

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

Visage mécanique, visage organique **Albéric Pont et la restauration de la face durant la Grande Guerre**

Version auteur de Mazaleigue-Labaste, 2015, *Visage mécanique, visage organique. Albéric Pont et la restauration de la face durant la Grande Guerre* initialement destiné au collectif issu du projet INTERREG 1914FACES2014, Paris, Éditions Hermann (non paru).

Le 15 janvier 1914, Albéric Pont, stomatologue lyonnais renommé, présenta au cours d'une discussion sur la rhinoplastie à la Société de Chirurgie de Lyon une nouvelle méthode prothétique qu'il avait récemment importée d'Autriche¹ : la méthode de Henning, nommée selon son inventeur Carl Henning (1860-1917), maître de la céroplastie anatomique et dermatologique viennoise². Tandis que les prothèses jusqu'ici utilisées étaient confectionnées en matériaux rigides et lourds³, la méthode de Henning consistait dans l'emploi d'une pâte plastique modelable⁴. Il s'agissait à première vue d'une innovation importante dans l'art de la prothèse faciale. Si cette nouvelle méthode supposait, comme les autres, un moulage préalable de la face du patient afin de confectionner la prothèse, elle n'exigeait pas l'utilisation d'instrument industriels dispendieux pour leur production, ni d'appareils de maintien complexes pour leur port⁵. En effet, la reconstruction de la partie lésée sur le moulage facial permettait la fabrication de moules, désormais utilisables par le patient qui pouvait créer lui-même ses propres prothèses en les remplissant de pâte modelable à l'aide d'instruments simples. Les prothèses devaient ensuite être fixées directement sur le visage à l'aide d'une colle légère ; si un appareil de maintien s'avérait nécessaire, il se limitait à une paire de lunettes (pour les prothèses nasales). Économie, simplicité de fabrication et d'usage, autonomie du patient, tels étaient les traits prometteurs de la méthode de Henning selon Albéric Pont.

1. Pont Albéric, 1914a. « Discussion sur la rhinoplastie (Société de Chirurgie de Lyon, 15 janvier 1914 ; présentation de malades) », *Lyon Médical. Gazette médicale et Journal de médecine réunis* 122, 1914 (1) (janvier-juin), p. 1045-1047 ; p. 1280-1281. Il l'avait importée en 1912, et déjà présentée en 1913. Voir aussi Pont Albéric, 1914b. « Prothèse nasale (séance du 18 mai 1914 à la Société nationale de Médecine de Lyon) », *Lyon Médical. Gazette médicale et Journal de médecine réunis* 122, 1914 (1) (janvier-juin), p. 1380 ; Pont Albéric, 1914c. « Prothèse nasale (séance du 18 mai 1914 à la Société nationale de Médecine de Lyon) », *Lyon Médical. Gazette médicale et Journal de médecine réunis* 123, 1914 (2) (juillet-décembre), p. 241-247.

2. Schnalke Thomas, 1992. "A brief history of the dermatologic moulage in Europe. Part II: Breakthrough and Rise", *International Journal of Dermatology* 1992/31, p. 134-141 ; Schnalke Thomas, 1993. "A Brief history of the dermatologic moulage in Europe. Part III: prosperity and decline", *International Journal of Dermatology* 1993/32, p. 453-463.

3. Le plus souvent en vulcanite (matériau produit à partir de caoutchouc vulcanisé) et métal, en métal recouvert de cire, ou en céramique, cette dernière méthode ayant notamment été promue par Claude Martin, le grand dentiste lyonnais qui fut le maître d'Albéric Pont.

4. Pont dut mettre sa propre formule de la pâte, détaillée dans Pont, 1914c.

5. Les prothèses en matériaux rigides et lourds s'adaptait difficilement au visage, et devaient être fixées par des dispositifs mécaniques sur les parties osseuses. Les chirurgiens, privilégiant les opérations reconstructrices, considérant qu'elles étaient « *insupportables* » pour leurs porteurs. Nélaton Charles, Ombredanne Louis. *La rhinoplastie*, Paris, Steinhell, 1904, p. 45.

Mais du point de vue de la pensée médicale, et non plus de la pragmatique des techniques, l'essentiel n'est pas là. Il se trouve dans les analogies énoncées par le stomatologue lyonnais dans son évaluation des résultats esthétiques de la prothèse en pâte, qui tissent un étrange réseau d'échanges et de similitudes entre le mécanique - le prothétique - et l'organique. Ainsi, nous dit Pont, photographies à l'appui, la prothèse nasale « *est très fixe, tout en donnant dans son ensemble, à l'œil et au toucher, la sensation de tissu vivant*⁶. »

Figure 1

Cela va bien plus loin qu'une simple ressemblance entre l'appareil et le vivant, appréhendable par le regard d'autrui au travers duquel la prothèse s'investit des apparences de l'organe perdu. Car c'est le vivant même qui s'instille dans ces appareils qui « *possèdent tous les caractères des tissus humains, dont [...] la qualité et l'aspect vivant*⁷. » Réciproquement, le travail de reconstruction chirurgical de la face s'amalgame à la tâche prothétique : pour Pont, l'opération de reconstruction du nez par greffe de cartilage est un véritable travail de « *prothèse vivante*⁸ ». Cette vision fut acceptée, semble-t-il, par l'auditoire à la Société de Chirurgie. Ainsi Maurice Vallas (1860-1931), grand chirurgien lyonnais, salua-t-il en cette nouvelle méthode prothétique « *un grand pas fait dans la question de la rhinoplastie*⁹ », tissant à son tour un réseau d'échanges profonds entre la mécanique de la face, cœur de la culture du stomatologue, et l'intervention directe sur l'organique, apanage du chirurgien. Car il faut mesurer le poids de l'affirmation de Vallas, qui érige contre toute attente la méthode de Henning au rang des procédures opératoires. En effet, bien avant 1914, l'acception de « rhinoplastie » était fixée très précisément dans le lexique médico-chirurgical : le mot s'appliquait exclusivement aux opérations de reconstruction du nez¹⁰, développées et améliorées à l'échelle européenne depuis le début du XIX^e siècle¹¹. Et les chirurgiens, en général, regardaient d'un mauvais œil les prothèses nasales promues par des praticiens de l'art dentaire qu'ils considéraient comme de simples « mécaniciens ». La culture stomatologique était en effet mécanique en son cœur : solidifier des fractures maxillaires, déplacer et redresser mâchoires et dents à l'aide d'appareillages orthodontiques plus ou moins complexes, remplacer les parties de la

6. Pont, 1914a, p. 1281.

7. Pont, 1914a, p. 1047.

8. Pont, 1914a, p. 1281.

9. Pont, 1914a, p. 1047.

10. Dolbeau, Félizet, 1876. Article « rhinoplastie », in Dechambre M.A. (dir.), *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*, Paris, Masson et Asselin, série 3, tome 4, p. 341-382 ; Gilbert A., Littré é., 1908. Article « rhinoplastie », in *Dictionnaire de médecine, de chirurgie, de pharmacie et des sciences qui s'y rapportent*, 21^e édition, Paris, Baillière, p. 1444-1445.

11. Ferret-Dussart Karine, 2004. *La chirurgie maxillo-faciale à travers l'histoire : à propos des collections du Service de santé des armées au Val-de-Grâce*, Paris, Glyphe et Biotem, p. 103-116.

cavité buccale lésées ou perdues par ces autres dispositifs mécaniques qu'étaient les prothèses, et par extension, appliquer ces méthodes à d'autres parties de la face, comme le nez. Mais pour les chirurgiens, ces prothèses faciales n'étaient que « *des subterfuges, destinés à dissimuler la lésion, mais non à la réparer*¹² », comme le résume clairement l'édition de 1904 de l'ouvrage de Charles Nélaton et Louis Ombredanne. Pour cette raison, ce qui se joue lors de la présentation de la méthode de Henning par Pont en 1914 semble essentiel, le signe que, peut-être, bientôt, de la prothèse au tissu vivant, il n'y aura plus qu'un petit pas à franchir, l'appareil s'amalgamant au vivant qu'il remplacera presque parfaitement, le mécanique s'élevant au niveau de l'organique, et dans le même mouvement, le stomatologue devenant au même titre que le chirurgien un praticien de la face vivante et non seulement de la cavité buccale et de l'ossature faciale, deux cultures médicales se concurrençant dans le soin de la face marchant alors de concert. Albéric Pont manifestait une confiance pleine et entière en ce prometteur avenir¹³.

Quelques mois plus tard, le premier conflit mondial éclata. Les blessés de la face commencèrent à affluer à Lyon. Pont, après avoir créé le 15 septembre 1914 un centre de stomatologie et de prothèses maxillo-faciales¹⁴, devint officiellement le 1^{er} décembre 1914 directeur du Centre de stomatologie et de prothèse maxillo-facial pour les mutilés de la face de Lyon (dit Centre maxillo-facial de la XIV^e Région) créé à la suite de la circulaire Godart 14 198 C/7 du 10 novembre 1914¹⁵. Ce centre, un des trois plus importants en France avec celui du Val-de-Grâce (Paris) et de Bordeaux, prit sa forme définitive avec une capacité d'accueil de 800 lits en 1915¹⁶, puis de 850 lits en 1917¹⁷, tandis que l'École dentaire fondée par Pont en 1899 devint un centre d'appareillage et de fabrication de prothèses¹⁸. Du Centre maxillo-facial, Pont ne fut pas qu'administrateur, mais aussi médecin traitant les nombreux blessés, appareillant les mâchoires et les bouches, réparant les plaies béantes du visage, et acquérant une expérience importante, puisque plus de 7000 blessés furent traités dans le centre lyonnais au cours de la Première Guerre Mondiale¹⁹.

12. Nélaton, Ombredanne, 1904, p. 45.

13. Pont, 1914c.

14. D'une capacité d'accueil de 30 lits. Delaporte Sophie, 1996. *Les gueules cassées. Les blessés de la face de la grande guerre*, Paris, Noësis, p. 229 ; Ferret-Dussart, 2004, p. 153-154.

15. « Organisation de services spéciaux de stomatologie, de prothèse maxillo-faciale et de restauration de la face » (sous-secrétaire au service de santé des armées Godart), circulaire ministérielle 14 198 C/7. Un hôpital de 250 lits fut d'abord installé quai Jayr, le temps de rassembler les blessés de la face dispersés, avant que le Centre ne prenne sa forme définitive.

16. Regroupant alors l'hôpital complémentaire n°19 et hôtel complémentaire n°9. Delaporte, 1996, p. 230.

17. Ferret-Dussart, 2004, p. 154.

18. Riaud Xavier, 2010. *Pionniers de la chirurgie maxillo-faciale (1914-1918)*, Paris, L'Harmattan, p. 17.

19. Pont reçut durant la guerre le Prix Claude Martin de l'Académie de Médecine (1916), et fut fait Chevalier de la Légion d'Honneur en 1917. En 1919, il fut un des chargés de mission (officier) au *Congrès interalliés des Mutilés de Guerre à Rome*.

Durant ce temps, la fusion de l'appareil avec le vivant, augurant d'une nouvelle pratique de la face donnant toute sa place à la stomatologie, eut-elle lieu ? Depuis une hagiographie forgée par les dentistes et stomatologues à sa mort en 1960²⁰, Pont est encore souvent considéré comme un « pionnier » ou un « précurseur »²¹ de la chirurgie maxillo-faciale contemporaine. Mais cette nouvelle chirurgie du visage ne se construit pas selon le schéma des échanges et des symétries possibles du mécanique et de l'organique imaginés par Albéric Pont. Au contraire, le parcours de ce dernier peut être considéré comme exemplaire des limitations non seulement des techniques, mais aussi de la pensée médicale propre à la culture stomatologique pour laquelle la face restait implicitement conçue sur le modèle de la machine anatomique, ce qui conduisit au triomphe de la culture chirurgicale, celle de la réparation de la face conçue comme un organe vivant.

Car si la constitution historique du champ contemporain de la chirurgie maxillo-faciale fut tributaire du croisement entre stomatologie, oto-rhino-laryngologie et stomatologie en France durant la Grande Guerre, chacune des cultures médicales impliquées n'a cependant pas pesé du même poids. Le soin des blessures de la face combinait bien techniques stomatologiques et chirurgicales²². Mais si le soin de guerre a exigé leur coopération, il ne s'agit pas pour autant d'apports symétriques. A partir de l'analyse d'un fonds d'archives nouveau, la collection personnelle du Dr Pont récemment acquise par la Bibliothèque Inter-Universitaire de Santé (Paris 5-Descartes)²³, nous proposons ainsi de traiter, dans une perspective d'épistémologie et d'histoire de la chirurgie maxillo-faciale, le cas d'Albéric Pont comme un révélateur de la place et de la fonction des cultures et des pensées médicales des acteurs impliqués dans le soin des blessures de la face durant la Grande Guerre. Cette archive, en grande partie visuelle, présente en effet un ensemble de témoignages essentiels des traitements appliqués aux Gueules cassées dans le Centre maxillo-facial de Lyon. De plus, le parcours de Pont est absolument représentatif de l'implication de la stomatologie française dans le soin des Gueules cassées, de ses apports, ainsi que de ses limites.

Nous présenterons en premier lieu les éléments du parcours biographique et professionnel de Pont qui sont signifiants d'un point de vue épistémologique, avant de décrire les pratiques qu'il a mobilisées durant la Grande Guerre, la pensée médicale qui les a sous-tendu et son évolution dans la confrontation aux blessures graves, enfin les limites que sa culture quasi-exclusivement stomatologique l'a conduit à rencontrer.

20. Vincent Roger, 1960. « Hommage au Docteur Albéric Pont », *Annales odonto-stomatologiques*, 1960/3 (mai-juin 1960), p. 117-119 ; Duclos Jean, 1960. « L'œuvre du Docteur Albéric Pont en chirurgie maxillo-faciale », *Annales odonto-stomatologiques* 1960/3 (mai-juin 1960), p. 137-144.

21. Riaud, 2010, p. 2 ; Fumex Jean-Pierre, 1971. *Le Docteur Albéric Pont : sa vie, son œuvre*, Thèse de médecine (thèse d'exercice), Lyon, Université Claude Bernard, p. 2 ; Depigny Christian, 1976. *Étude analytique et critique de l'œuvre d'Albéric Pont*, Thèse de médecine (thèse d'exercice), Lyon, Université Claude Bernard, p. 2.

22. Delaporte, 1996, p. 114

23. Ces pièces auraient dû être reversées au Musée du Service des Santé des Armées du Val-de-Grâce à partir de 1916, mais, pour des raisons inconnues, Pont les conserva.

1. Albéric Pont, un stomatologue de renom.

Le parcours d'Albéric Pont présente une double caractéristique absolument déterminante quant à sa place dans l'épistémologie et l'histoire de la chirurgie maxillo-faciale. Premièrement, la culture médicale de Pont fut presque exclusivement dentaire, et sa carrière presque exclusivement lyonnaise²⁴. Il devint interne de la Faculté de Médecine de Lyon le 12 octobre 1895. Le tournant essentiel pour sa carrière eut lieu en 1898. Il est caractéristique tant du type de personnalité médicale qu'était Albéric Pont que des raisons pour lesquelles la pratique et la pensée du jeune interne s'inscrivit précocement et très fortement dans la culture stomatologique. Car très peu de places étaient assurées dans les spécialités de chirurgie et d'oto-rhino-laryngologie. Pont, pour des raisons tout à fait pragmatiques, y renonça donc²⁵ - il s'agissait d'abord de s'assurer que sa formation débouchât sur une profession médicale, non de faire un choix en raison d'une affinité intellectuelle avec telle ou telle spécialité. Il se tourna alors vers l'art dentaire, et commença une formation de huit mois à Genève en odontologie sur le conseil et l'impulsion du grand dentiste lyonnais Claude Martin (1843 – 1910), sous la direction duquel il réalisa sa thèse soutenue en 1899. Martin fut une figure importante de l'odontologie lyonnaise et française. Dentiste de l'Hôtel-Dieu de Lyon, Président de l'Association des dentistes du Rhône, son soutien était à même d'assurer à Albéric Pont une carrière future²⁶. Pont lui emprunta par la suite nombre de techniques qu'il mobilisa notamment durant la Grande Guerre.

A partir de 1898, Pont s'inscrivit ainsi résolument dans une culture médicale essentiellement stomatologique qu'il ne délaissa jamais par la suite. La liste complète de ses travaux tout au long de sa carrière²⁷ ainsi que les documents imprimés conservés dans la *Collection Albéric Pont*²⁸ le montrent clairement. Sur 130 articles ou comptes-rendus de communications, environ 120 concernent directement et exclusivement l'odontologie et l'orthodontie. De même, son parcours institutionnel après 1899 témoigne d'un engagement affirmé dans la promotion de l'art dentaire à

24. En dépit de sa réputation dans le milieu odontologique et de la diffusion de ses apports en art dentaire, notamment l'indice nommé ultérieurement « indice de Pont » en orthodontie inventé en 1909 (Pont Albéric, 1909. *De l'indice dentaire en orthodontie*, Paris, Ash), très peu d'éléments témoignent d'une diffusion internationale de son travail. On sait par exemple qu'il fut nommé un des présidents honoraires du premier Congrès International d'Orthodontie qui se tint à New York, entre le 16 et le 20 août 1926.

25. Fumex, 197, p. 11-13

26. Riaud, 2010, p. 15-21 pour ces éléments biographiques.

27. Dressée par Depigny, 1976.

28. Vingt-cinq articles de Pont parus entre 1897 et 1911, reliés en un tome auquel s'ajoute un tiré-à-part d'un article de *La Semaine dentaire*. Tous portent sur l'odontologie et l'orthodontie, à l'exception d'un article sur une prothèse nasale en vulcanite – la pratique prothétique étendue à d'autres parties que la cavité buccale étant cependant un élément essentiel de la culture stomatologique (Pont Albéric, Aveyron G., 1910. « A propos d'un cas de prothèse nasale », *La Province dentaire* 1910).

l'échelle régionale. En 1899, il fonda l'École dentaire de Lyon (indépendante de la Faculté de Médecine) dont il devint directeur²⁹, et dans la continuité, la Société odontologique en 1900. En 1910, il fonda un nouveau journal, *La Province dentaire*³⁰. Cette implication, ainsi que ses talents reconnus d'administrateur de Centre durant le premier conflit mondial, le conduisirent à devenir en 1937 un des administrateurs des Hospices Civils de Lyon, dont il devint président du conseil d'administration en 1950. Il ne faudrait néanmoins pas mésinterpréter cette position centrale acquise au sein des institutions publiques. De fait, hors de la période 1914-1918, l'implication de Pont à titre de médecin dans les institutions de santé publique fut limitée et ses fonctions académiques restèrent modestes³¹. Son travail prenait essentiellement place dans le cadre de son cabinet privé, qui générait des revenus substantiels³². Pont appartenait ainsi dès la première décennie du 20^e siècle à l'élite socio-économique régionale, et plus particulièrement lyonnaise³³, cette position sociologique étant le résultat direct de sa renommée et de son succès en tant que praticien de l'art dentaire. Elle renforça son ancrage dans la stomatologie et ne l'encouragea pas à dédier son parcours à la recherche et à l'innovation, ni à s'inscrire dans une communauté de recherche médicale aux niveaux national et international.

On trouve ainsi dans le parcours de Pont les facteurs déterminants qui en font d'une part une figure exemplaire de la stomatologie, et l'autre, un médecin dont la pensée médicale ne peut être considérée comme un élément guidant ses choix et ses pratiques. Cela permet de mieux appréhender les limites rencontrées par la culture stomatologique dans l'histoire de la chirurgie maxillo-faciale, qui apparaissent à l'analyse des pratiques de soin mobilisées par Pont durant le premier conflit mondial.

2. Le visage mécanique : la mécano-thérapie de la face.

La série d'archives que nous allons analyser se compose pour leur plus grande part de représentations visuelles liées aux Gueules cassées : deux albums présentant des photographies de blessés avant et après traitement à partir de décembre 1914 au Centre maxillo-facial de Lyon³⁴, des

29. L'École dentaire fut fondée avec Eugène et Jules Bonnaric, Pilois, Ravet, Rouvier et Michaud (sous la présidence honoraire de Gaspard Guillot), suite à la décision de l'Association des Dentistes de France en 1898.

30. Il reçut par la suite, en 1916, le Prix Claude Martin de l'Académie de Médecine, et en 1928 une distinction honoraire pour ses travaux ainsi que son rôle institutionnel dans l'odontologie lyonnaise ("*Médaille commémorative de ses vingt-cinq années de directeur de l'École Dentaire de Lyon, 29 janvier 1928*").

31. Il était stomatologue des Hôpitaux de Lyon exerçant à l'Antiquaille, et chargé de cours à la Faculté de Médecine.

32. En 1914, ce dernier se montait à environ 100000 francs (Fumex, 1971, p. 32). Cette somme correspond à peu près à 387.000 Euros en 2015 (Source : INSEE).

33. Riaud, 2010, p. 16. Voir aussi Fumex, 1971, p. 5.

34. Deux albums reliés et foliotés présentant des blessés de guerre, l'album 1 (*Collection Albéric Pont*, BIU Santé, Album 1), le plus important car le plus documenté, avec 179 pages présentant des blessés avant / après traitement par Pont accompagnées de données manuscrites (date, lieu et origine de la blessure, date d'entrée, diagnostic, traitement,

photographies tirées à part³⁵, des schémas d'appareillages et des radiographies sur plaques de verres, des moulages en plâtre et céroplasties des faces de Gueules cassées³⁶, quelques appareils dentaires et moulages dentaires en plâtre appareillés. Ce caractère essentiellement visuel de l'archive appelle pour son déchiffrement l'usage de documents écrits datant de la même période. De fait, une source privilégiée permet d'éclairer nombre de ces représentations et les fonctions qu'elles revêtaient dans la pratique et la pensée de Pont : les compte-rendus de communications d'Albéric Pont à la Société médico-chirurgicale militaire de la XIV^e région (SMCM) entre 1915 et 1918, qui furent reproduites dans le *Lyon médical*. Ce recoupement permet de mettre en évidence la fonction clinique et médico-pédagogique des représentations visuelles de des blessures de la face et de leur traitement, et les types de techniques employées par Pont pour réparer les Gueules cassées.

Dans la continuité de la démarche que Pont avait déjà adoptée avant 1914 auprès des sociétés savantes lyonnaises, la fonction des photographies et des moulages de la face était de montrer, démontrer et diffuser le succès des gestes médicaux et des innovations appelées par le soin en temps de guerre. Pont les mobilisa de manière systématique lors de ses présentations de cas à la SMCM entre début 1915 et 1918. Les moulages et céroplasties conservés dans la collection jouaient le même rôle que les photographies : comme ceux du Val-de-Grâce et de la tradition européenne de moulage médical³⁷, ils étaient d'emblée pensés et construits comme des outils de diffusion scientifique³⁸.

Figure 2

Figure 3

A première vue, ces représentations endossaient donc une fonction de présentation clinique des résultats des soins, permettant d'éviter de présenter en chair et en os des blessés non déplaçables

toutes les données n'étant pas toujours renseignées), l'album 2 (*Collection Albéric Pont*, BIU Santé, Album 2) présentant uniquement les photographies des patients avec numéro de salle et de lit. Les photographies présentées dans chacun des albums ne se recoupent pas toujours : certains blessés de la face de l'album 2 n'apparaissent pas dans l'album 1.

35. 297 tirages papiers, 14 reproductions collées sur carton, 176 plaques de verre, toutes en noir et blanc. Les tirages à part recourent les photographies collées dans les albums, et les doublons, ou clichés du même blessé sous des angles différents, sont fréquents.

36. Au nombre de 18. La seule datant d'avant guerre est une céroplastie partielle réalisée en 1914 avant-guerre représentant une fracture du nez. S'ajoute une petite série de documents uniquement écrits, dont la plus grande part ne portant pas directement sur les Gueules cassées : le tome relié regroupant des articles de Pont et au tiré-à-part d'un article de *La Semaine dentaire*, et quelques documents manuscrits (sept correspondances de Pont avec des confrères ou patients, une note sur les blessures de la face).

37. Ferret-Dussart, 2004, p. 274.

38. Le cas le plus représentatif est la communication du 21 août 1917. C'est la seule publication d'une intervention de Pont dans laquelle les présentations de cas sont accompagnées de la reproduction des documents visuels présentés en séance, tous conservés dans la collection Albéric Pont. Pont Albéric, 1917. « Rhinoplastie et prothèse nasale (Séance du 21 août 1917) », *Lyon Médical. Gazette médicale et Journal de médecine réunis* 126, 1917, p. 508-517. Les représentations correspondent aux photographies suivantes : *Collection Albéric Pont*, BIU Santé, PONT 27.3, 27.4, 27.6 et 27.8.

en raison de leur état de santé et de l'avancée de leur traitement. Toutefois, l'analyse se doit d'aller plus loin. D'une part, comme l'a montré Sophie Delaporte³⁹, les médecins choisissaient soigneusement les blessés à représenter : ceux dont les lésions présentaient à leur yeux un intérêt scientifique. De l'autre, il est évident que les documents visuels que Pont utilisait à fin de démonstration et qu'il a conservés étaient soigneusement choisis. L'ensemble documentaire est en effet affecté d'un biais très fort : Pont a sélectionné extrêmement très peu de blessés en comparaison du nombre traité dans le centre lyonnais, et leurs représentations montrent ce que l'on peut considérer comme des réussites des soins⁴⁰ ; de plus, l'emploi de la photographie en noir et blanc ainsi que des céroplasties générant un fort biais visuel, le spectateur ne pouvant juger réellement des contrastes entre la texture et la couleur des tissus de la face sur ce type de support – ceci étant flagrant dans le cas des représentations de blessés appareillés avec des prothèses faciales en pâte plastique⁴¹.

Figure 4

L'objectif n'était donc pas simplement de montrer les méthodes de traitement, mais bien de démontrer et de convaincre l'auditoire de leur succès. Toutefois, ce biais étant objectivé, il n'en reste pas moins que l'archive d'Albéric Pont nous permet de décrire précisément quelles étaient ses techniques médicales. Comme ses confrères, il a combiné pratiques stomatologiques et chirurgicales afin de répondre aux exigences du soin : la gravité des blessures et des atteintes des tissus exigeait d'adjoindre la reconstruction opératoire au travail de soin mécanique, mais la cavité buccale étant fréquemment touchée et les fractures osseuses (des maxillaires) extrêmement fréquentes, la mobilisation des techniques odontologiques et orthodontiques s'avérait très précieuse. Dès décembre 1914, Albéric Pont a ainsi réinvesti dans le soin des blessures de la face toute son expertise de stomatologue forgée avant-guerre. Les sources visuelles et textuelles montrent ainsi qu'il a, tout au long du conflit, utilisé deux types de techniques relevant d'une mécano-thérapie de la face : l'appareillage orthodontique, et des prothèses réparatrices et plastiques. En filigrane de ces pratiques apparaît la conception stomatologique de la face : un ensemble anatomique osseux couvert de tissus mous, sur le modèle d'un dispositif mécanique.

39. Delaporte, 1996, p. 77.

40. Ce point apparaît de manière évidente lorsque l'on compare les différents albums lyonnais de blessés de la face. Les représentations présentes dans l'album 1 de la collection Pont présentent des réparations faciales apparemment satisfaisantes. En comparaison, les représentations de l'album 2 sont bien plus hétérogènes, présentant aussi des échecs patents. Il en est de même pour l'album conservé au Musée du Service de Santé des Armées au Val-de-Grâce.

41. Je remercie Sophie Delaporte d'avoir attiré mon attention sur ce point.

Premièrement, Albéric Pont, au cours de sa première année d'expérience de prise en charge des blessures faciales au sein du centre lyonnais, adapta des appareillages orthodontiques aux réquisits du soin des blessures de guerre : la prise en charge en urgence dès l'avant, la diversité interindividuelle des blessés et des blessures, les évolutions pathologiques possible des blessures. Trois gestes de ce soin mécanique de la face sont représentatifs de sa pratique : immobiliser, redresser, dilater.

Il fallait en effet en tout premier lieu immobiliser et maintenir les fractures, tout particulièrement celles des maxillaires. A l'instar d'autres médecins, Pont insista précocement sur deux risques principaux liés à la mauvaise prise en charge à l'avant de ce type de fracture : les consolidations vicieuses, et les débridement et sutures rapides opérées au poste de secours, dans l'ambulance, ou dans les hôpitaux d'évacuation, qui généraient des dégâts fonctionnels et esthétiques importants appelant par la suite de nouveaux traitements complexes, parfois sans succès⁴². Lors de la première année du conflit, fort d'une expérience clinique déjà importante, Pont modifia ainsi plusieurs techniques orthodontiques préexistantes pour les adapter aux exigences de la prise en charge d'urgence. En effet, il n'était plus question, comme dans l'orthodontie de cabinet, d'une prise d'empreinte préalable de la cavité buccale qui eût mobilisé trop de temps et de matériel, et n'eût fait que générer une douleur supplémentaire chez le blessé. Il modifia ainsi des gouttières et des arcs de contention classiques (gouttière de Kingsley, arc d'Angle⁴³), ainsi que certains appareils inventés par son maître Claude Martin, et mis surtout au point une trousse d'urgence pour l'immobilisation des fractures des maxillaires qu'il présenta le 21 septembre 1915⁴⁴. Elle répondait à tous les réquisits du soin de guerre : économie, utilisation simple et rapide sans besoin d'une formation spéciale pour les opérateurs à l'avant⁴⁵, adaptation aux différents blessés, minimisation de la douleur pendant la pose et possibilité d'une alimentation continue du blessé durant évacuation vers l'arrière.

Figures 5, 6, 7 et 8

42. Pont Albéric, 1915b. « Présentation d'une trousse d'urgence du Dr Pont pour l'immobilisation immédiate des fractures des maxillaires (séance du 21 septembre 1915 à la SMCM) », *Lyon Médical. Gazette médicale et Journal de médecine réunis* 124, 1915, p. 363-364 : p. 364. Cet avis était largement partagé parmi les chirurgiens opérant dans les centres maxillo-faciaux. Delaporte, 1996, p. 48 ; Ferret-Dussart, 2004, p. 215.

43. Les américains Norman W. Kingsley (1829-1913) et Edward Hartley Angle (1855-1930) furent des figure essentielle de l'histoire de l'orthodontie ; tous deux mirent au points des appareils dont l'usage était devenu classiques dans l'orthodontie au début du XX^e siècle. Peck Sheldon, 2010. "Biographical chronology and selected bibliography of Norman William Kingsley, pioneer in orthodontics", *Journal of the History of Dentistry* 58 (2), p. 66-72 ; Peck Sheldon, 2009. "A biographical portrait of Edward Hartley Angle, the first specialist in orthodontics" (parts 1, 2 & 3). *The Angle Orthodontist* 79 (6), p.1021-1027, p. 1028-1033, p.1034-1036).

44. Pont, 1915b.

45. Trente minutes à une heure de temps de pose pour un opérateur exercé selon Pont.

Les apports de la culture stomatologique dans le soin des Gueules cassées apparaissent ici de manière flagrante : cette trousse, qui comprenait trois appareils de maintien différents et une série d'outils très simples pour la pose en urgence auxquels s'ajoutait un mode d'emploi⁴⁶, était de fait composée d'une combinaison d'appareils orthodontiques inventés bien avant la guerre⁴⁷.

Il en est de même pour le second geste mécanique mobilisant les apports de la stomatologie : le redressement, appliqué aux mandibules et aux dents, mais aussi au nez⁴⁸, par l'application de méthodes d'orthodontie classique ou par leur adaptation et amélioration, ce dont témoignent le perfectionnement des arcs dentaires (notamment avec les « arcs brisés » mis au point par Pont) et du « casque Martin » permettant le maintien et la traction des fragments osseux déplacés.

Figure 9

Figure 10

Figure 11

Figure 12

Enfin, il fallait dilater, en raison de deux conséquences fréquentes des fractures maxillaires après cicatrisation qui généraient d'importants problèmes fonctionnels ne pouvant être résolus chirurgicalement : la rétractation de la peau dans les cas de perte de substance qui empêchait la pose d'une prothèse maxillo-dentaire, et la constriction des mâchoires dite « myopathique » (musculaire), fréquente après solidification de la fracture⁴⁹. Dans le premier cas, il s'agissait de dilater les tissus mous, et la simplicité mécanique des appareils mobilisés à cet effet est frappante : pièces en métal lourdes ou appareils à ressorts, jouant sur les effets de la gravité et du volume. Pour traiter le second cas, Pont inventa un autre type de dispositif dit « poire d'écartement » destiné à l'écartement des mâchoires qu'il présenta le 21 septembre 1915⁵⁰, lui aussi d'une grande simplicité et relevant directement de la mécanothérapie de la face⁵¹.

Le second type de technique est tout aussi représentatif de la conception de la face comme dispositif mécanique : la restauration faciale par la pose de prothèses. Cette dernière prenait deux formes : la restauration fonctionnelle, à l'aide d'appareils issus des techniques orthodontiques

46. Pince plate, paire de ciseaux forts, lime, clé à écrous.

47. Dispositifs adaptant des appareils d'immobilisation des fractures inventés par Claude Martin sur le modèle de l'appareil dit « d'Angle ».

48. Nélaton, Ombredanne, 1904, p. 6-9.

49. Un quart des blessés de la face y aurait été sujet selon Pont, ce qui correspond au chiffre avancé par Dufourmentel. Delaporte, 1996, p. 88. Selon les rapports d'autres médecins, le chiffre pouvait monter jusqu'à 60%. Ferret-Dussart, 2004, p. 262.

50. Pont Albéric, 1915c. « Traitement de la constriction myopathique des mâchoires (séance du 21 septembre 1915 à la SMCM) », *Lyon Médical. Gazette médicale et Journal de médecine réunis* 124, 1915, p. 364-365.

51. Il s'agit d'une pièce de bois de la forme d'une poire, taillée en forme de vis, qui se visse à l'intérieur des mâchoires et que le blessé pouvait tourner pour augmenter la dilatation. Un des exemplaires de ces appareils est au Val-de-Grâce.

(prothèses maxillaires, dentaires, obturateurs palatins, destinés à assurer la respiration, la mastication, la parole) ; et la restauration esthétique, palliant les pertes de substances non réparables (nez, oreilles, œil, orbites). La pratique de Pont se distinguait par l'importance qu'il accordait à la prothèse esthétique, pour deux raisons. La première relève des qualités qu'il octroyait à la méthode prothétique plastique : simplicité de production et d'usage, économie, autonomie du patient, semblaient en effet parfaitement correspondre aux exigences du soin en temps de guerre. Il ne cessa ainsi de l'appliquer entre 1915 et 1918 et la généralisa, des prothèses nasales aux prothèses auriculaires, jusqu'à l'invention d'une prothèse oculo-faciale sans support adaptée à un cas de perte de substance importante rencontré dans sa clinique⁵².

Figures 13 et 14

La seconde raison est l'immense confiance qu'il plaçait depuis 1913 dans la méthode de Henning, qui devait révolutionner la technique prothétique et l'ériger au même rang que la reconstruction opératoire, et dans les substitutions possibles du mécanique et de l'organique. Le discours de Pont faisait ainsi de la prothèse esthétique une technique intrinsèquement restauratrice, au sens fort du terme. Ce qu'elle devait restaurer, c'était l'intégrité du visage à ses propres yeux et dans le regard d'autrui, et donc le rapport du blessé à son individualité sociale permettant sa réintégration dans la vie civile dans toutes ses dimensions, du travail à la vie conjugale.

Cette description des techniques mécaniques de soin à partir du cas exemplaire que constitue Albéric Pont permet de mesurer les ambiguïtés des apports de la culture stomatologique dans le soin des blessures de la face au cours de la Grande Guerre. La mécano-thérapie eut une grande importance dans la prise en charge rapide de ces blessures – il fallait bien restaurer dents, mâchoires, et palais détruits. Néanmoins, son évolution entre 1914 et 1918 ne manifeste pas de transformation profonde, même chez le grand stomatologue lyonnais. Les innovations restèrent mineures, relevant de l'amélioration, de l'extension et de l'adaptation aux situations d'urgence de techniques et d'appareils antérieurs à la guerre. L'expérience de la confrontation aux Gueules cassées, pourtant qualitativement et quantitativement importante, ne modifia donc pas en profondeur la stomatologie : ni du point de vue de l'histoire des techniques, ni de celui de l'épistémologie. La pensée médicale qui sous-tendait les pratiques et faisait de la face un dispositif anatomique osseux recouvert de tissus mous sur un modèle mécanique s'est maintenue sans rupture qualitative. C'est en ce point que se découvrent les limites de la culture stomatologique dans la prise en charge des blessures de la face, et en conséquence dans la constitution du champ de la chirurgie

52. Pont Albéric, 1916a. « Plastiques nasales, greffes tibiales libres (séance du 21 décembre 1915 à la SMCM) », *Lyon Médical. Gazette médicale et Journal de médecine réunis* 125, 1916, p. 185-189 : p. 188-189.

maxillo-faciale. Elles apparaissent en pleine lumière dans l'analyse du rapport entretenu entre 1914 et 1918 par Pont à la chirurgie réparatrice.

3. Le visage organique : le triomphe de la chirurgie.

A l'instar des médecins opérant dans les autres centres maxillo-faciaux, Albéric Pont dépassa le champ de la stomatologie en réalisant des gestes chirurgicaux rendus nécessaires par les grandes pertes de substance que les techniques odonto-orthodontiques ne pouvaient pallier. Les procédures chirurgicales employées par Pont et ses assistants peuvent être très précisément décrites par le recouplement entre les archives visuelles et les sources textuelles, qui présentent le commentaire de certaines opérations devant la SMCM. Les procédures restauratrices développées à Lyon relevaient essentiellement des greffes autoplastiques (greffon prélevé sur le blessé, qui est à la fois le donneur et le receveur). Trois types d'autoplasties étaient réalisés : l'autoplastie par lambeau, notamment pour la reconstruction des lèvres (chéiloplastie) et du nez (rhinoplastie)⁵³ ; pour combler des pertes de substance osseuses, notamment pour la reconstruction du nez, des greffes autoplastiques chondrales (cartilagineuses) et ostéo-périostiques (prélèvement de périoste sur la face interne du tibia) ; des greffes adipeuses, en particulier pour combler les pertes de substance au niveau des joues⁵⁴.

Figure 15.

Cependant, la pratique chirurgicale de Pont n'en fit pas un « pionnier » de la chirurgie maxillo-faciale, car elle resta très limitée. Sophie Delaporte a bien montré à partir des comptes-rendus mensuels du Centre maxillo-facial de Lyon que les opérations furent souvent réalisées non par Pont mais par ses assistants, ou bien à l'hôpital Desgenettes. De plus, ces opérations ne relevaient nullement d'inventions qui eurent répondu aux blessures graves rencontrées dans la clinique, mais de l'application de techniques déjà bien développées avant la guerre et dont l'essor date du XIX^e siècle, ou d'innovations provenant d'autres centres et ensuite mobilisées à Lyon. Pour la rhinoplastie, Pont employait ainsi deux méthodes classiques, la première dite « indienne », par lambeau frontal, importée d'Inde en Europe par les chirurgiens anglais et perfectionnée au cours du XIX^e siècle en Angleterre puis en France, la seconde, dite « française », par lambeau à proximité du nez déplacé par glissement, inventée par Dominique Larrey en 1820. Quant aux greffes osseuses,

53. Un lambeau était prélevé au voisinage du lieu de la blessure pour combler la perte de substance et rattaché à la zone receveuse, sans qu'il soit au départ séparé de son lieu de prélèvement (zone donneuse), ce afin de conserver la vascularisation des tissus, le pédicule ainsi formé étant détaché de la zone donneuse à la fin du processus

54. Voir figure 3 infra.

elles étaient pratiquées en Europe depuis la fin du XIX^e siècle, de même que les greffes ostéo-périostiques pratiquées par Louis Léopold Ollier à partir de 1860⁵⁵. Et si ces dernières furent bien l'objet d'une innovation, elle n'est absolument pas imputable à Pont, mais au chirurgien Henry Delagenière (1858-1930) au centre maxillo-facial du Mans qui les améliora au point que la méthode se nommât désormais « méthode Ollier-Delagenière ». Plus largement, les comparaisons entre les pratiques opératoires du stomatologue lyonnais et celles de ses confrères d'autres centres qui ont impulsé d'importantes transformations dans les techniques de reconstruction faciale mettent en évidence de manière nette le conservatisme chirurgical de Pont. Hippolyte Morestin (1869-1919), le grand chirurgien du Val-de-Grâce, donna lui aussi son nom à une nouvelle méthode (la « méthode Morestin ») en étendant le principe des greffes cartilagineuses à la reconstruction des maxillaires, suivi en cela par Léon Dufourmentel. Dans les centres maxillo-faciaux du Val-de-Grâce et de Marseille furent expérimentés de nouveaux types de greffes : les homogreffes (prélèvement sur un autre être humain) et des zoogreffes (prélèvement sur l'animal)⁵⁶. Si les résultats de ces expérimentations ne furent pas satisfaisant, elles témoignent des renouvellements de la chirurgie reconstructrice induits par la confrontation avec les Gueules cassées.

Mais comment rendre compte de ce conservatisme chirurgical de Pont, alors même que l'expérience du lyonnais n'avait quantitativement et qualitativement rien à envier à celle de ses confrères innovants ? La prise en compte des formations de ceux qui devinrent après guerre les fondateurs du champ contemporain de la chirurgie faciale reconstructrice et plastique met en évidence que les cultures médicales d'origine des praticiens furent un facteur déterminant de transformation technique et épistémologique⁵⁷. Ainsi, tandis que ceux ayant bénéficié d'une culture chirurgicale forte surent intégrer les apports de la mécanothérapie, la stomatologie rencontra ses propres limites face aux Gueules cassées et s'avéra, elle, incapable de tisser le réseau d'échanges et de substitutions entre le mécanique et l'organique annoncé par Pont en 1914.

55. Les greffes osseuses (par prélèvements frontaux) furent pratiquées dès 1886 par Franz König et les greffes cartilagineuses par F. von Mangoldt à la fin du XIX^e siècle ; cette dernière méthode fut reprise par Nélaton en France, qui pratiqua à partir de 1904 le prélèvement de cartilage costal (Ferret-Dussart, 2004, p. 103-116).

56. Delaporte, 1996, p. 96-114.

57. Les comparaisons avec Sir Harold Deft Gillies (Royaume Uni) et Henry P. Pickerill, qui ne pratiquaient pas spécifiquement la chirurgie de reconstruction faciale avant la guerre, sont les plus révélatrices. La formation de Gillies était oto-rhino-laryngologique, et à ce titre incluait une part de formation chirurgicale, ce qui lui permit d'intégrer très rapidement et facilement les innovations d'Hippolyte Morestin qu'il rencontra au Val-de-Grâce, pour devenir un des grands chirurgiens des Gueules cassées de la Grande Guerre, puis un acteur essentiel de la chirurgie maxillo-faciale au XX^e siècle. Quant à Pickerill, si sa culture d'origine était bien l'art dentaire, il faut néanmoins insister sur sa différence essentielle d'avec celle du français Albéric Pont : la formation de chirurgien dentiste incluait bien une part non négligeable de culture et d'exercice chirurgical, et n'était pas axée sur la mécanothérapie de la face comme pouvait l'être la stomatologie française.

	Formation / Culture médicale d'origine	Parcours après la Grande Guerre	Conception implicite de la face
Hippolyte Morestin	Chirurgie	Chirurgie maxillo-faciale (reconstructrice / plastique)	La face comme organe vivant
Léon Dufourmentel	Chirurgie		
Sir Harold Gillies	Oto-rhino-laryngologie		
Henry Delagénère	Chirurgie		
Henry P. Pickerill	Chirurgie dentaire		
Albéric Pont	Stomatologie : odontologie/orthodontie	Stomatologie	La face comme dispositif mécanique

La raison profonde de ces limites est interne : c'est la pensée médicale sous-jacente à la stomatologie, qui appréhendait la face sur le modèle du dispositif mécanique et non comme un organe vivant. Comparons ici la pratique d'Albéric Pont avec celle d'un de ses confrères médecin-chef de centre maxillo-facial, Hippolyte Morestin, face aux grandes pertes de substance osseuse et molle. Pour Pont, la réponse était surtout prothétique (combinaisons de prothèses fonctionnelles et esthétiques), et la prothèse esthétique à même selon lui de réellement restaurer le visage du blessé. Ainsi, bien qu'il commençât en 1915 à nuancer ses propos⁵⁸, ayant constaté que la méthode de Henning rencontrait ses limites empiriques⁵⁹, il n'hésita pourtant pas à présenter comme une innovation sa prothèse oculo-faciale. Mais si plastique soit-elle, elle n'en restait pas moins une prothèse, c'est-à-dire un appareillage extérieur au corps, élément étranger venant s'y fixer à l'aide d'instruments. Hippolyte Morestin, quant à lui, mit au point en 1916 une toute nouvelle technique de reconstruction qu'il présenta à Académie nationale de Médecine lors de la séance du 13 mars 1917, avec présentation de blessés, de photographies et de moulages à l'appui : l'autoplastie dite « en jeu de patience » indiquée en cas de « *pertes de substance très étendues, dont la réparation doit offrir les plus grandes difficultés*⁶⁰ ». Plutôt que d'utiliser la technique de greffe par lambeaux, qui supposait prélèvement et impliquait des complications possibles et dont le résultat esthétique était souvent insatisfaisant ou d'employer une prothèse, il s'agissait de conserver tous les tissus vivants sauvables, après extirpation soigneuse du tissu cicatriciel et sclérosé, puis d'isoler et de replacer, petit lambeau par petit lambeau, les tissus sains à leur place, sur le modèle du « puzzle vivant ». Entre Pont, exemplaire de la culture stomatologique, et Morestin, figure de la culture

58. Pont, 1916a, p. 187.

59. Il n'était guère simple ni agréable, voire humiliant pour le blessé de confectionner ses prothèses éphémères très régulièrement, et la colle qui devait les maintenir à même la peau se révélait irritante. Voir Delaporte, 1996, p. 121-123, pour l'échec des autres types de prothèses délaissées rapidement par les Gueules cassées.

60. Morestin Hippolyte, 1917. « Des autoplasties en jeu de patience », *Bulletin de l'Académie de Médecine* 77, 3^{ème} série, 77, p. 371. A ce sujet voir Ferret-Dussart, 2004, p. 236-237

chirurgicale, le contraste entre deux pensées médicales est évident. Alors que la stomatologie faisait de la face un dispositif mécanique dont les pièces étaient alors remplaçables, la chirurgie la considérait comme un organe vivant et expressif, dont la restauration esthétique ne saurait être que celle du tissu vivant lui-même. C'est bien cette dernière conception qui a triomphé dans l'ouverture du champ contemporain de la chirurgie maxillo-faciale à la suite de la Grande Guerre.

Conclusion

Pont reconnut lui-même les limites internes de la stomatologie, à travers le constat de l'échec technique et médical des prothèses esthétiques dans la reconstruction faciale et du discrédit dans lequel elles tombèrent⁶¹. Tandis qu'en 1914, il voyait advenir le triomphe de la prothèse renouvelée amalgamée à l'organe, il reconnut en août 1917 comme acquise la supériorité de la chirurgie sur les techniques prothétiques. En dépit d'une dernière tentative pour réhabiliter ces dernières, il admit devant la SMCM que « *la rhinoplastie avec greffe cartilagineuse qui est la méthode de choix sera toujours préférable à la prothèse la plus parfaite et la plus esthétique*⁶². » C'était publiquement admettre que la stomatologie ne pouvait s'élever au même niveau que la chirurgie quant à la reconstruction faciale. Son expérience en temps de guerre induisit bien des transformations dans certaines de ses pratiques, mais elles restèrent mineures et ne marquèrent aucune rupture avec sa culture d'origine, dont les limites internes formaient obstacle au développement d'une pensée et d'une pratique innovantes de la face. S'il revint après-guerre à sa pratique privée de dentiste et d'orthodontiste et ne devint pas un des acteurs de la chirurgie maxillo-faciale, c'est non seulement pour des raisons socio-économiques, mais bien aussi épistémologiques. C'est bien la confrontation aux Gueules cassées qui a déterminé la place et le poids de chacune des cultures médicales dans la restauration de la face et le privilège de la culture chirurgicale au détriment de la stomatologie. Ce privilège, c'est celui de l'organe dont l'apparence esthétique retrouvée ne saurait être que l'expression directe du vivant restauré et non le simple résultat de surface de la réparation d'un mécanisme dont les pièces pourraient être remplacées.

Bibliographie des sources citées

Archives

61. Hors du Centre maxillo-faciale de Lyon, la méthode de Henning qui devait augurer d'une nouvelle ère pour la méthode prothétique ne fut régulièrement employée dans le centre de Limoges à partir de 1816. Rousseau-Decelle Louis, Dubost Ch. « La prothèse plastique dans les mutilations de la face », *La Restauration maxillo-faciale. Revue pratique de chirurgie et prothèses spéciales* 1919 (1) (janvier 1919), p. 3-14 : p. 3.

62. Pont, 1917, p. 516-517.

Collection Albéric Pont, Bibliothèque Interuniversitaire de Santé, Paris.

Textes cités

Delaporte Sophie, 1996. *Les gueules cassées. Les blessés de la face de la grande guerre*, Paris, Noësis.

Depigny Christian, 1976. *Étude analytique et critique de l'oeuvre d'Albéric Pont*, Thèse de médecine (thèse d'exercice), Lyon, Université Claude Bernard.

Dolbeau Félizet, 1876. Article « rhinoplastie », in Dechambre M.A. (dir.), *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*, Paris, Masson et Asselin, série 3, tome 4, p. 341–382.

Duclos Jean, 1960. « L'œuvre du Docteur Albéric Pont en chirurgie maxillo-faciale », *Annales odonto-stomatologiques* 1960/3 (mai-juin 1960), p. 137-144.

Ferret-Dussart Karine, 2004. *La chirurgie maxillo-faciale à travers l'histoire : à propos des collections du Service de santé des armées au Val-de-Grâce*, Paris, Glyphe et Biotem.

Fumex Jean-Pierre, 1971. *Le Docteur Albéric Pont : sa vie, son œuvre*, Thèse de médecine (thèse d'exercice), Lyon, Université Claude Bernard.

Gilbert A., Littré E., 1908. Article « rhinoplastie », in *Dictionnaire de médecine, de chirurgie, de pharmacie et des sciences qui s'y rapportent*, 21^e édition, Paris, Baillière, p. 1444-1445.

Morestin Hippolyte, 1917. « Des autoplasties en jeu de patience », *Bulletin de l'Académie de Médecine* 77, 3^{ème} série, 77, p. 371.

Nélaton Charles, Ombredanne Louis. *La rhinoplastie*, Paris, Steinhell, 1904.

Peck Sheldon, 2009. "A biographical portrait of Edward Hartley Angle, the first specialist in orthodontics" (parts 1, 2 & 3). *The Angle Orthodontist* 79 (6), p.1021-1027, p. 1028-1033, p. 1034-1036.

Peck Sheldon, 2010. "Biographical chronology and selected bibliography of Norman William Kingsley, pioneer in orthodontics", *Journal of the History of Dentistry* 58 (2), p. 66-72.

Pont Albéric, Aveyron G., 1910. « A propos d'un cas de prothèse nasale », *La Province dentaire* 1910.

Pont Albéric, 1909. *De l'indice dentaire en orthodontie*, Paris, Ash.

Pont Albéric, 1899. *De la cataphorèse en art dentaire*, Lyon, Rey.

Pont Albéric, 1914a. « Discussion sur la rhinoplastie (Société de Chirurgie de Lyon, 15 janvier 1914 ; présentation de malades) », *Lyon Médical. Gazette médicale et Journal de médecine réunis* 122, 1914 (1) (janvier-juin), p. 1045-1047 ; p. 1280-1281.

Pont Albéric, 1914b. « Prothèse nasale (séance du 18 mai 1914 à la Société nationale de Médecine de Lyon) », *Lyon Médical. Gazette médicale et Journal de médecine réunis* 122, 1914 (1) (janvier-juin), p. 1380.

Pont Albéric, 1914c. « Prothèse nasale (séance du 18 mai 1914 à la Société nationale de Médecine de Lyon) », *Lyon Médical. Gazette médicale et Journal de médecine réunis* 123, 1914 (2) (juillet-décembre), p. 241-247.

Pont Albéric, 1915a. « Prothèse nasale (séance du 21 septembre 1915 à la SMCM) », *Lyon Médical. Gazette médicale et Journal de médecine réunis* 124, 1915, p. 304-305.

Pont Albéric, 1915b. « Présentation d'une trousse d'urgence du Dr Pont pour l'immobilisation immédiate des fractures des maxillaires (séance du 21 septembre 1915 à la SMCM) », *Lyon Médical. Gazette médicale et Journal de médecine réunis* 124, 1915, p. 363-364.

Pont Albéric, 1915c. « Traitement de la constriction myopathique des mâchoires (séance du 21 septembre 1915 à la SMCM) », *Lyon Médical. Gazette médicale et Journal de médecine réunis* 124, 1915, p. 364-365.

Pont Albéric, 1916a. « Plastiques nasales, greffes tibiales libres (séance du 21 décembre 1915 à la SMCM) », *Lyon Médical. Gazette médicale et Journal de médecine réunis* 125, 1916, p. 185-189.

Pont Albéric, 1916b. « Cheiloplastie et prothèse nasale (séance du 4 avril 1916 à la SMCM) », *Lyon Médical. Gazette médicale et Journal de médecine réunis* 125, 1916, p. 331-332.

Pont Albéric, 1917. « Rhinoplastie et prothèse nasale (Séance du 21 août 1917) », *Lyon Médical. Gazette médicale et Journal de médecine réunis* 126, 1917, p. 508-517.

Riaud Xavier, 2010. *Pionniers de la chirurgie maxillo-faciale (1914-1918)*, Paris, L'Harmattan.

Rousseau-Decelle Louis, Dubost Ch. « La prothèse plastique dans les mutilations de la face », *La Restauration maxillo-faciale. Revue pratique de chirurgie et prothèses spéciales* 1919 (1) (janvier 1919), p. 3-14.

Schnalke Thomas, 1992. "A brief history of the dermatologic moulage in Europe. Part II: Breakthrough and Rise", *International Journal of Dermatology* 1992/31, p. 134-141.

Schnalke Thomas, 1993. "A Brief history of the dermatologic moulage in Europe. Part III: prosperity and decline", *International Journal of Dermatology* 1993/32, p. 453-463.

Vincent Roger, 1960. « Hommage au Docteur Albéric Pont », *Annales odonto-stomatologiques*, 1960/3 (mai-juin 1960), p. 117-119.