

CRÂNES

AVANT-PROJET D'UN SOLID MUSEUM PAUL TESSIER

CONCRETS

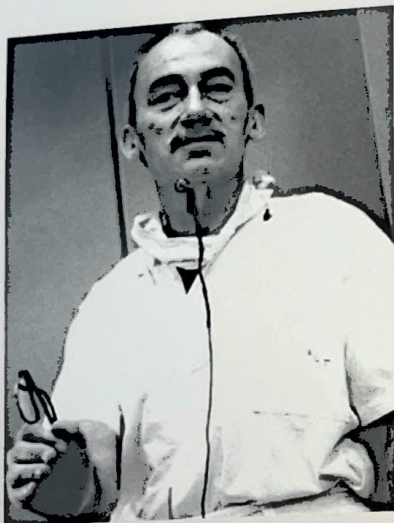


CRÂNES CONCRETS

AVANT-PROJET D'UN SOLID MUSEUM PAUL TESSIER

MUSÉE D'HISTOIRE DE LA MÉDECINE
14 MAI - 29 AOÛT 2014

Exposition réalisée
par l'Association Française des Chirurgiens de la Face
avec le concours de l'Université Paris Descartes



BIOGRAPHIE DE PAUL TESSIER

- 1917 Naissance de Paul Louis Tessier à Héric (Loire Atlantique)
- 1936 Entrée en faculté de médecine, Nantes
- 1938 Mobilisation dans l'armée française
- 1943 Fin de ses études médicales à Paris suite au bombardement de l'Hôtel-Dieu de Nantes
- 1945-46 Hôpital Saint-Joseph auprès de George Huc
- 1946 Chef de service de chirurgie plastique et des brûlés, hôpital Foch, Suresnes
- 1946-1951 Plusieurs voyages en Angleterre (Gillies, Mac Indoe, Mowlen...)
- 1951 Visite de 5 mois au Etats-Unis (Converse)
- 1958 Premier Le Fort III
- 1963 Entretiens sur la chirurgie plastique des paupières et de l'orbite (Foch)
- 1965 Première ostéotomie orbitaire par voie intracrânienne
- 1966 Présentation du Le Fort III, congrès de Montpellier. Société française de chirurgie plastique
- 1967 Congrès de Rome, International society of plastic and reconstructive surgery
- 1967 Premier CHOC (Chirurgie Orbito-Crânienne) à Foch
- 1969 CHOC II
- 1971 Démonstration chirurgicale à NYU
- 1971 Présentation de la chirurgie cranio-faciale, American society of plastic and reconstructive surgery, Montréal
- 1976 Classification des fentes faciales
- 1975-1988 Voyages et missions en Iran
- 2005 Chevalier de la Légion d'honneur
- 2008 Décès à Paris

CRÂNES CONCRETS

AVANT-PROJET D'UN SOLID MUSEUM PAUL TESSIER

Très tôt, dès 1970, Paul Tessier eut souci de conserver trace des malades qu'il opérât, des observations cliniques qu'il faisait, des formes rares de pathologies qu'il rencontrait, des objets muséaux qu'il visitait, des pensées qui le hantaient. Trace que l'on retrouve dans les annotations au crayon de charpentier des livres et articles qu'il lisait, dans la classification rigoureuse des dossiers, photographies et dessins qu'il entreposait, dans la collection de crânes malformés et répliques en résine des interventions qu'il imaginait, dans la conservation des brouillons dactylographiés de ses correspondances et réflexions. Ce souci (obsessionnel ?) de graver dans le marbre une pensée prend corps quand il projette, à la fin des années 1990, la création d'un triple museum (Solid Museum, Photo Museum, Virtual Museum). « *C'est tout ce qu'il me reste à faire avant janvier 2003, avant de lancer l'idée d'une vente à une université, société, fondation ou à un fou.* »

Heureux retour de l'histoire, c'est l'AFCE, dont il fut membre fondateur, qui recueillit cet héritage et qui le livre, partiellement et partialement, au visiteur instruit ou au curieux.

COMMENT DIRE L'ŒUVRE DU CHIRURGIEN PAUL TESSIER ?


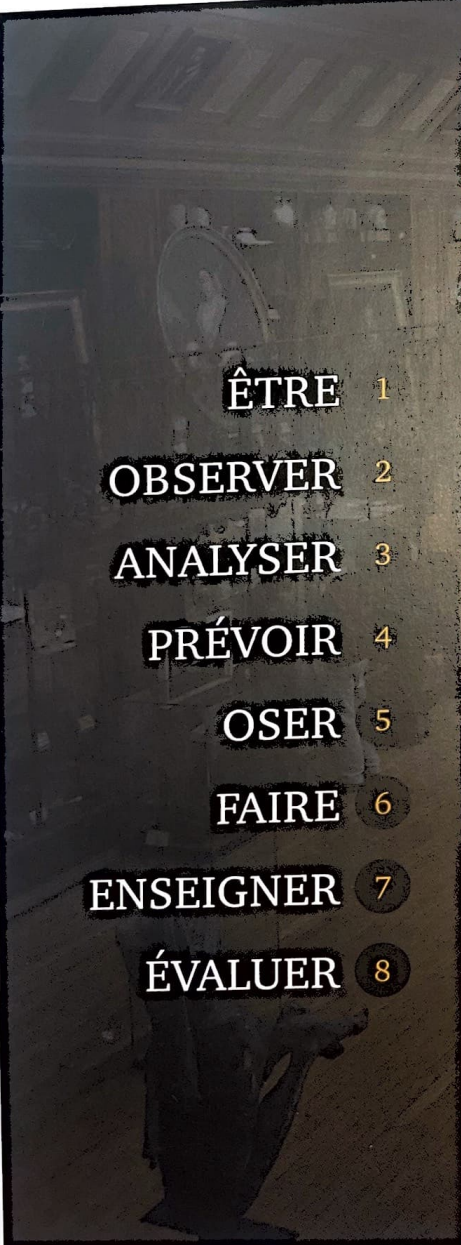
Par définition instantanée, éphémère à la mesure du temps de vie de celui qui en a bénéficié, exposée comme lui au vieillissement, elle n'autorise aucun jugement rétrospectif qui s'avèrera inéluctablement anachronique.

Soumise au regard des élèves qui l'ont approchée, héritiers d'un savoir-faire intransmissible, elle souffrira ici d'un embellissement idéalisé, là d'une critique subjective. Traduite en images ou en publications, elle est édulcorée des contraintes techniques ou éditoriales.

Un fonds documentaire d'une quarantaine de crânes malformés et de crânes reproduisant les interventions entreprises, des milliers de dossiers documentés, de dessins, de photographies, des posters, des films, des instruments chirurgicaux conçus par l'intéressé, et surtout des notes personnelles s'offriront nus au visiteur.

L'INFINITIF EN PONCTUERA LE PARCOURS

MUSÉE D'HISTOIRE DE LA MÉDECINE
14 MAI - 29 AOÛT 2014

- 
- 
- ÊTRE 1
 - OBSERVER 2
 - ANALYSER 3
 - PRÉVOIR 4
 - OSER 5
 - FAIRE 6
 - ENSEIGNER 7
 - ÉVALUER 8

À CHARGE POUR CHACUN, PLONGÉ
DANS CE PÊLE-MÊLE, DE DÉNOUER
L'ÉCHEVEAU, DE SOULIGNER, DE BIFFER,
DE JAUGER, DE COMMENTER, BREF DE
DRESSER LE PORTRAIT CRÂNE MUNI DU
MÊME CRAYON DE CHARPENTIER.

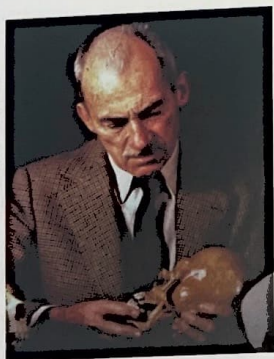
Bernard DEVAUCHELLE
Avril 2014



Ci-contre :
Crâne tri-lobaire
J. Posnick

Page de gauche :
Musée d'histoire
de la médecine
Université Paris Descartes

TRAIT POUR TRAIT



S'il fallait conserver souvenir de l'image de Paul Tessier, conviendrait mieux que n'importe quelle photographie la sculpture que fit de lui Jacques Lévignac il y a quinze années : « *Ligne tracée, ligne esquissée plutôt : linéament : fil*

de fer patiemment plié et toronné en une figure familière : ultime hommage au conquérant. »

Comment décrire le visage de qui consacra sa vie au visage défiguré de l'autre ? Comment tirer sur le papier le trait de plume qui agencera les mots pour le dire ? L'homme n'était pas disant. Le visage hiératique avait peut-être trop emprunté au masque chirurgical. Le port de tête trahissait l'autorité naturelle. Le front haut, harmonieusement pentu, intelligent, rejetait loin en arrière des cheveux drus et ras, réunis de manière un peu plus dense sur la ligne crestale. Les sourcils, plus sombres, barrés en dedans de rides procériennes, acutisaient un regard foudroyant. Le nez, long, droit, fort, masculin, donnait humanité. Le qualifier d'épicurien ! Il surplombait une moustache fine, raide, parfaitement taillée, élégante, anglaise, qu'il portait sans doute davantage par timidité ou par pudeur. Les lèvres étaient minces, mais non pincées, au contraire volontiers étirées aux commissures dans un sourire avenant, mais réservé. Le menton n'était

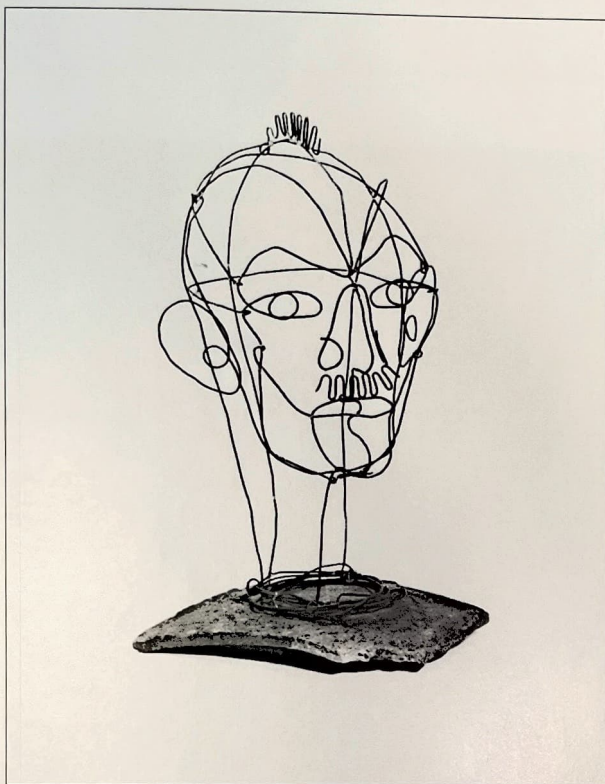
ni arrogant, ni volontaire, il n'en avait guère besoin, tant il s'inscrivait dans le contour d'un visage longiligne, aux angulations marquées et que l'âge creusa au fil des ans pour mieux en souligner les reliefs forts. Les oreilles étaient à l'écoute, parfaitement ourlées, grandes assez et suffisamment découvertes pour être attentives. Tout, sans laisser transparaître l'émotion, respirait la perception, la sensorialité.

A l'exception des yeux, ou du regard qu'ils animaient à chaque instant. Scrutateurs, analystes, disséquants, concentrés mais non pas sourds, attentifs et explicites, autoritaires. Rien ne pouvait leur échapper. Leur vertu première, de l'aveu même de l'intéressé, fruit des dissections et des travaux menés sur les crânes malformés qu'il collectionnait, reposait sur cette capacité à extrapoler de la forme du visage qu'il examinait, les déformations squelettiques sous-jacentes. *Un pur regard qui serait pur langage.* Regard pénétrant, donc, mais aussi pénétré, habité d'une empathie qui ajoutait encore aux liens viscéraux noués avec ses jeunes opérés.

Paraphrasant le philosophe : « *Evidemment, il y a bien là un nez, des yeux, une bouche, mais tout cela ne fait pas un visage* ».

Soit ! Portrait éclaté, donc ! Traits interrompus, solutions de continuité, tâches impressionnistes, géométrie cubiste...

Bernard DEVAUCHELLE



Paul Tessier, *le conquérant*, sculpture aux fils d'acier par Jacques Lévignac

Je vais faire une tentative personnelle : celle de dessiner, avec quelques lignes dans l'espace, un Portrait-Caractère. Ce sera, vu par moi, « Le Conquérant » :

Par ces lignes, je le situe d'abord dans une « posture noble », avec le front haut.

Puis vient, sur le front, une ligne verticale « d'autorité ».

Les sourcils montent loin latéralement et se coudent, avec une note d' « arrogance ».

Le regard... C'est un regard qui vous fixe avec une certaine transparence, mais je ne peux rendre ici sa « qualité intérieure »... Il regarde en dedans. Il regarde loin !

Le nez. Pour le nez, c'est plus facile ; le nez est un nez avec de fortes narines.

Il est fait pour sentir : l'odeur âcre d'un bon Havane, les senteurs marines de l'Atlantique, les odeurs chaudes de la brousse et de la chasse, quelques odeurs musquées !

La lèvre supérieure s'orne d'une moustache à poils durs.

Ici lui répond, sur le sommet du crâne, une crête de cheveux qui avance en pointe.

La lèvre inférieure avance facilement, comme pour dire « JE ».

Le menton est accusé, volontaire, et l'angle de la mâchoire lui correspond avec un relief masséterin.

Les pommettes saillent.

Les oreilles, je les fais grandes... « à l'écoute ».

La Matière même de cette construction n'est pas quelconque : un fil de fer rouillé !

Mais il s'agit d'une rouille noble, car ce fil a porté au cours du temps des grappes généreuses d'une vigne venue dans un sol difficile (dans le Causse du Lot) où il n'y a que des pierres.

« Généreux et Difficile »... tel est l'Homme !

« Généreux » car il nous a tant donné, et nous savons l'intérêt qu'il porte à ses élèves.

« Difficile »... Je n'insiste pas !... Il est difficile avec lui-même.

Si ces lignes dans l'espace vous ont parlé comme j'ai voulu qu'elles parlent, et si vous reconnaissez ici dans l'essentiel un visage et un caractère ?

- C'est lui ?

- C'est bien lui !... Paul Tessier

Alors C'est bien !

Jacques LÉVIGNAC

OBSERVER

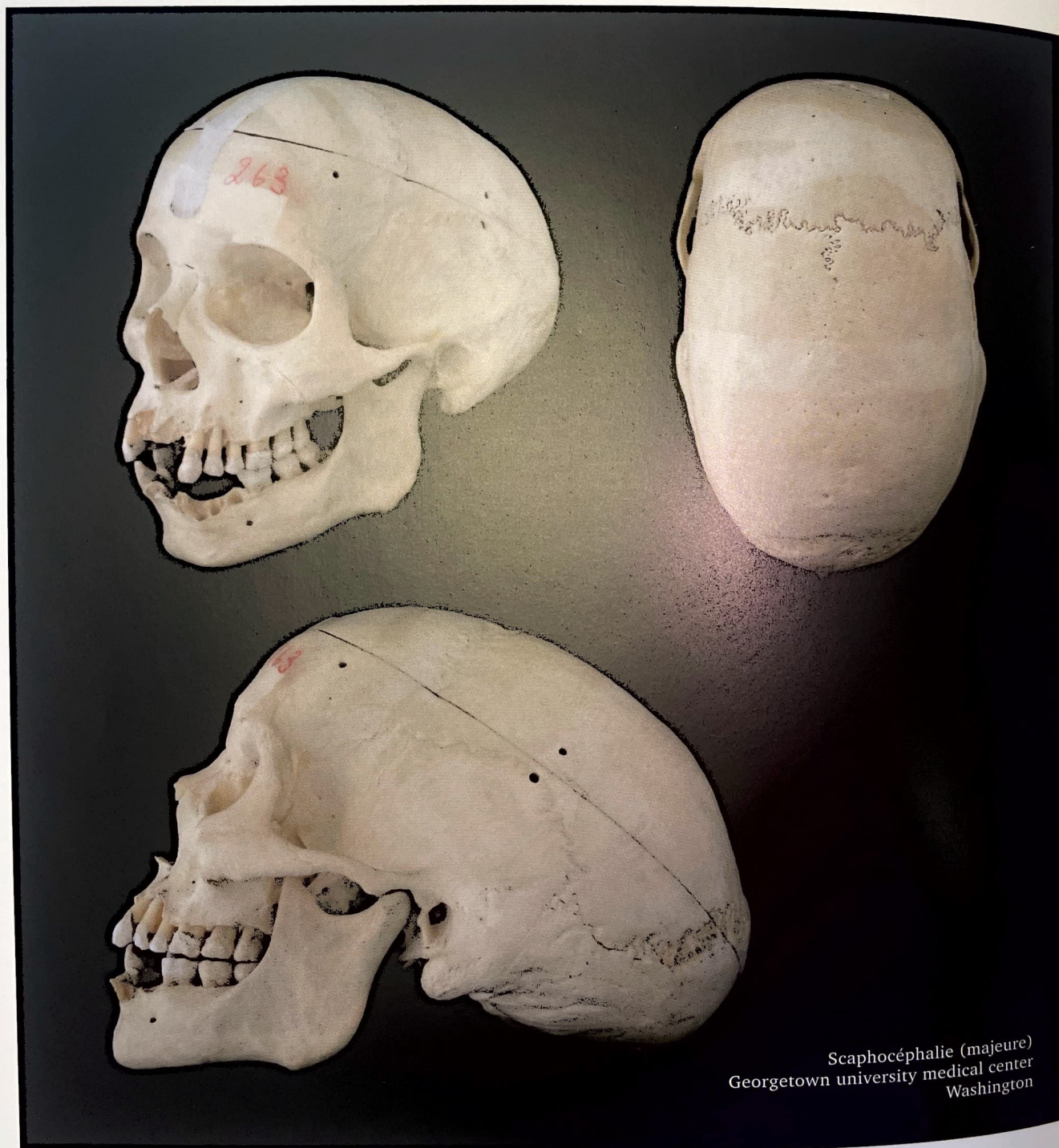


Syndrome de Franceschetti
Chicago



Déformation post-natale Pérou
Berlin (1968-70)

ANALYSER



Scaphocéphalie (majeure)
Georgetown university medical center
Washington



Syndrome de Franceschetti
J. Posnik

PRÉVOIR

Et il y eut la chirurgie des malformations cranio-faciales et des lésions de la base du crâne qui avaient jusque-là découragé les explorateurs chirurgicaux pour la raison que voici : quand un neurochirurgien extirpait une lésion de la base, il s'arrêtait prudemment à la frontière rhinologique. Inversement lorsqu'un chirurgien ORL ou maxillo-facial remontait jusqu'à la base du crâne, il s'arrêtait prudemment à la frontière cérébrale. Pour chacun de ces spécialistes, au-delà de leur territoire, c'était la *terra incognita*. Voilà pourquoi les lésions de la base du crâne étaient rarement complètement extirpées et pourquoi certaines malformations portant sur les deux étages crânien et facial étaient abandonnées.

Jusqu'au jour où Paul Tessier (le chirurgien plasticien de notre hôpital) vint trouver son collègue neuro-chirurgien. Il avait un crâne à la main. Et voici la conversation qui s'engagea entre eux et qui allait, finalement les embarquer l'un et l'autre dans une merveilleuse aventure : « Gérard, pourrais-tu m'aider à opérer certaines malformations cranio-faciales, notamment les hypertélorismes (écartement excessif des orbites avec élargissement de la racine du nez).

- Paul, quel est ton plan ?

- Voici : (démonstration faite sur le crâne) par voie intracrânienne - tu te chargerais de l'ouverture - je voudrais découper les deux cônes orbitaires, enlever le massif qui les sépare (l'ethmoïde) et les rapprocher l'un de l'autre autour de l'axe optique.

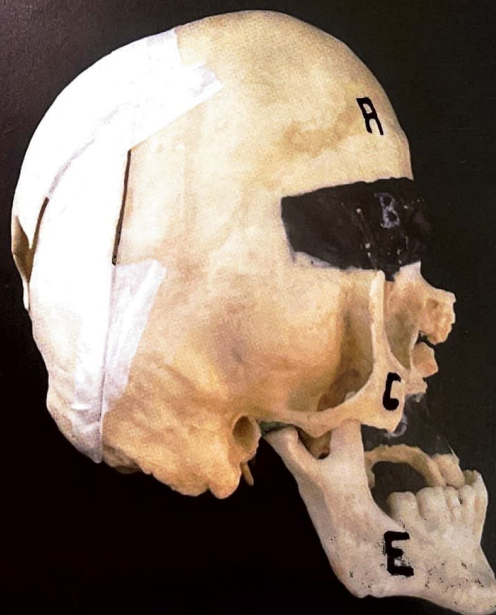
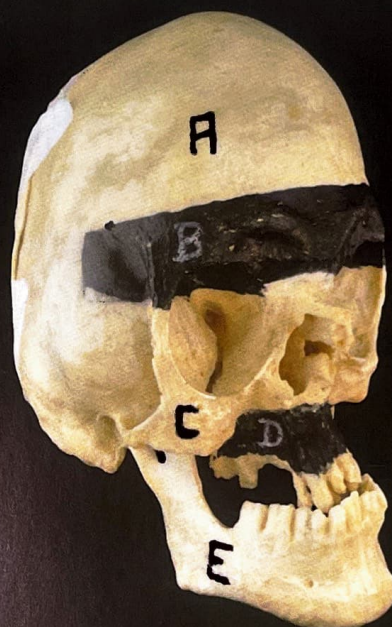
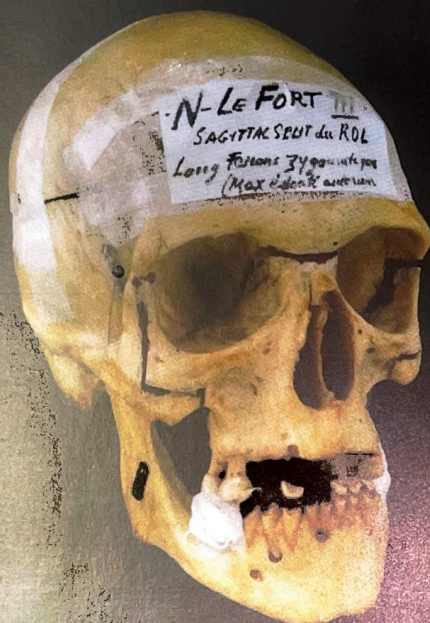
- Mais, ami, tu sembles oublier qu'au-dessus de la voûte orbitaire il y a un organe intracrânien assez constant qui s'appelle le cerveau !!! Qu'est-ce que tu en fais ? Diable.... à moins.... à moins.... Attends un peu à moins de se faufiler sous les deux lobes frontaux.... Oui, pourquoi pas ? Mais d'abord et avant tout il faudrait conjurer le risque majeur de cette entreprise : la contamination

des espaces méningés par la flore microbienne des cavités nasales et paranasales (les sinus). Sinon, nous courons tout droit à la méningite. » Alors, il a été convenu que, dans un premier temps, on séparerait la cavité cérébro-méningée d'avec les cavités nasales en glissant sous les lobes frontaux une membrane vivante, bien étanche, et fixée tout à l'arrière des voûtes orbitaires (petites ailes du sphénoïde). Ainsi, le cerveau se trouverait enfermé dans une loge hermétiquement close.

La membrane choisie fut une très fine lamelle de peau (deux dixième de millimètre) prélevée à la paroi abdominale à l'aide d'un dermatome. Et un jour, chez le premier malade, cette greffe dermique fut mise en place. Quelques mois plus tard, au cours de la seconde intervention, il fut vérifié que la greffe était bien vivante, que la loge cérébrale était bien enclose et que dès lors on pouvait réaliser, sans plus de risque infectieux, le projet de remodelage cranio-facial. L'intervention allait durer quinze heures. Mais tout un champ nouveau de la chirurgie s'ouvrait devant nous !

De son côté, Paul Tessier allait développer et réaliser tout un programme d'interventions nouvelles pour malformations cranio-orbito-faciales ; interventions qui allaient le rendre plus célèbre encore dans le monde entier (il a, lui, traversé l'Atlantique !). Mais, très gentiment, à chacune de ses conférences, il ne manquera jamais de rappeler que rien de tout cela n'eût été possible si, un jour, un neurochirurgien ami ne l'avait pris très au sérieux et ne lui avait dit : « Pourquoi pas ? ».

Extrait de *Itinéraire imprévu d'un neurochirurgien*, Dr Gérard Guyot. Ed. du Cerf, 1995 (annoté en rouge par P. Tessier)



En haut à gauche : Crâne acrylique normal
Etude du Le Fort III Sagittal split du R.O.L
Longs tenons zygomatiques
(maxillaire édenté antérieur)

A droite : Crâne acrylique
Syndrome d'Apert- Edimbourg
Tracés des étages faciaux

OSER

PT : « ... de la même façon, on peut reprendre tous les traits d'une disjonction cranio-faciale non réduite et consolidée.

Par rapport aux dysostoses cranio-faciales, les disjonctions cranio-faciales présentent un caractère aggravant :

a. La multiplicité des traits de fracture condamne à les reprendre tous si on veut obtenir une réduction parfaite.

b. Des lésions majeures du sac lacrymal peuvent conduire à son extirpation en même temps que l'on pratique les ostéotomies et les greffes osseuses.

c. La diplopie doit pousser à l'intervention mais elle n'est pas toujours réduite de cette façon.»

Légende de présentation de « ostéotomies cranio-faciales », première présentation publique de la technique, IV^{ème} congrès de la fédération internationale de chirurgie plastique, Rome, 1967 ; cette partie fut écrite mais non présentée par Paul Tessier.



Crâne acrylique
Syndrome d'Apert - Edimbourg
Phase 3 : un « LE FORT III type »
Long tenon malaire-Sagittal split des
R.O.L - Greffes osseuses iliaques



H.T.O. (Zurich)
F.N.INTRA-CRANIEN phase 5
Montré à Montréal et New-York en 1971
avec phase 1,2,3,4

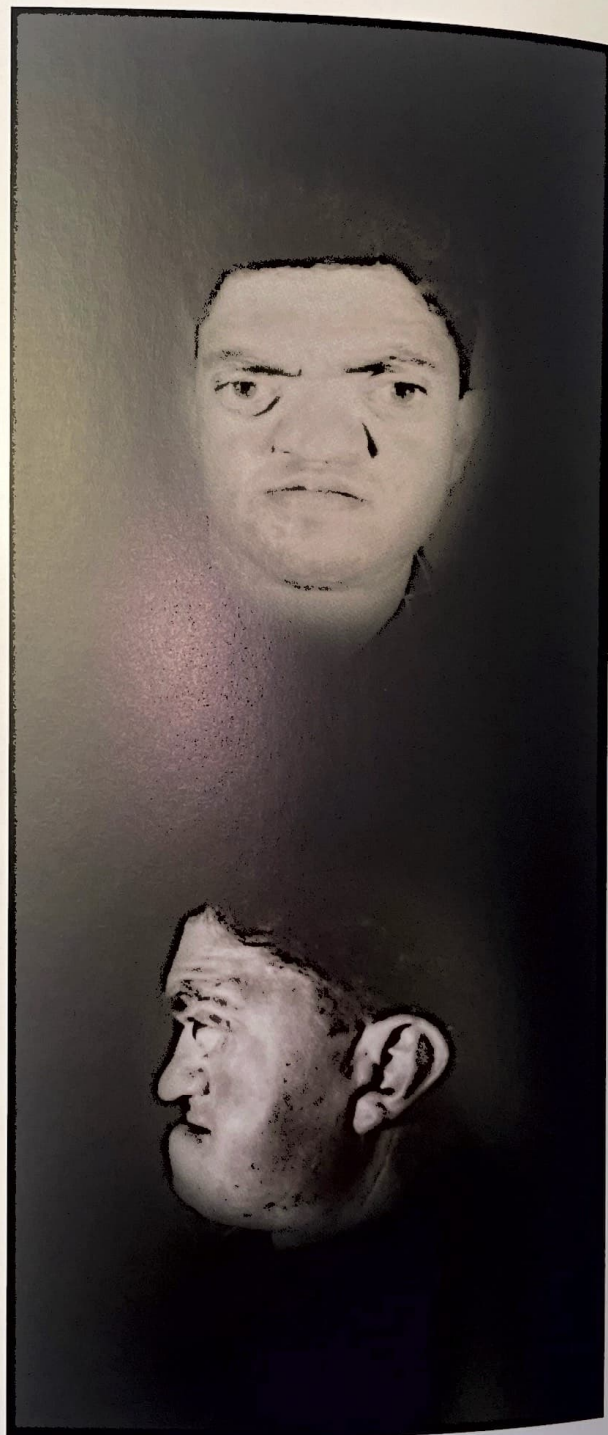
FAIRE

LE PREMIER CROUZON

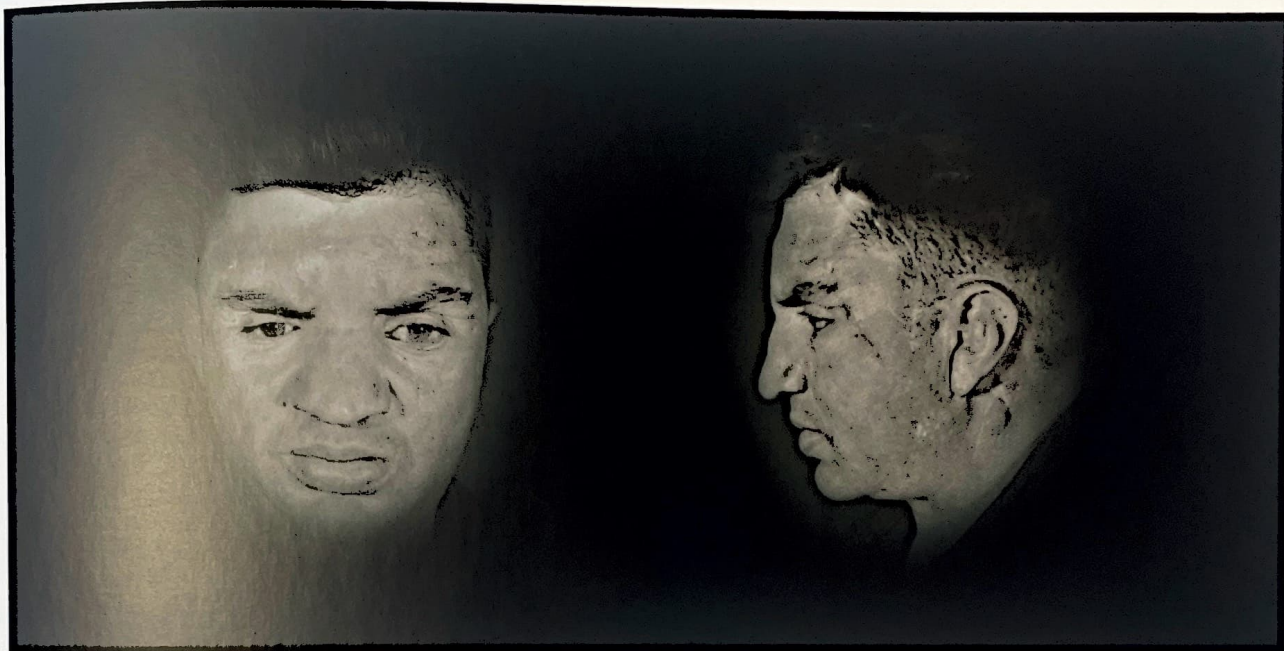
PT : « J'ai vu un malade, un jour, au début de 1957, qui avait un aspect tout à fait inhabituel. Je me suis souvenu d'avoir vu dans des livres, une apparence semblable. Mais jusqu'à la fin de la consolidation, j'ignorais que c'était une maladie de Crouzon (...). Je voyais une exophtalmie prodigieuse, une face qui ne ressemblait à rien. Il avait un problème caractériel monstrueux. Il était accompagné par sa mère. Il avait une vingtaine d'années. »

PT : « Le patient demande une intervention, sans rapport ni avec sa vie, ni avec une de ses fonctions essentielles, ni avec une déformation à caractère mutilant. C'est un service qu'il demande. »

PT : « Le patient doit paraître mieux que ce qu'il n'était avant l'intervention (...) si ce n'est pas normal, c'est que ce n'est pas suffisant. »



Craniosténose de Crouzon
Premier patient opéré
Aspect pré-opératoire



Aspect post-opératoire

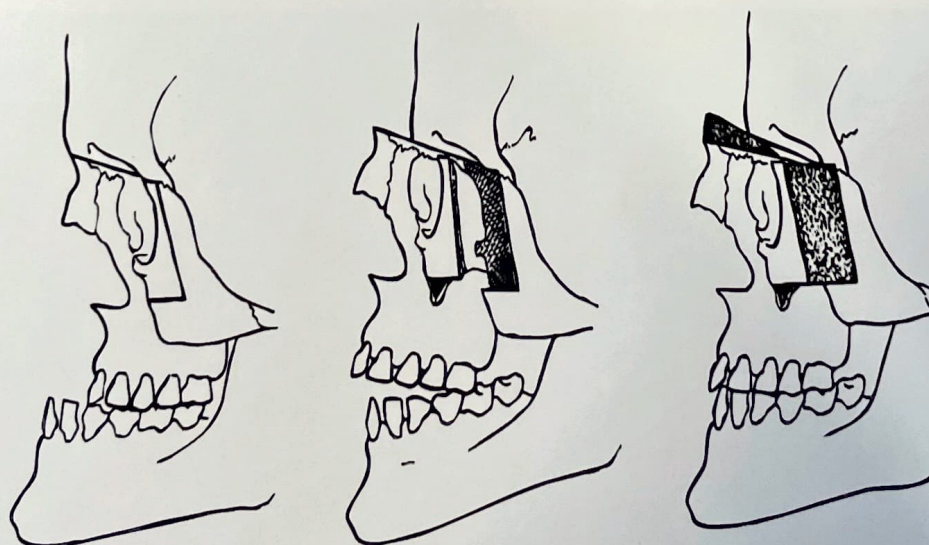


Schéma opératoire de l'avancée monobloc
dessins de Francine Gourdin

ENSEIGNER

OSTÉOTOMIE DE REPOSITIONNEMENT ORBITAIRE

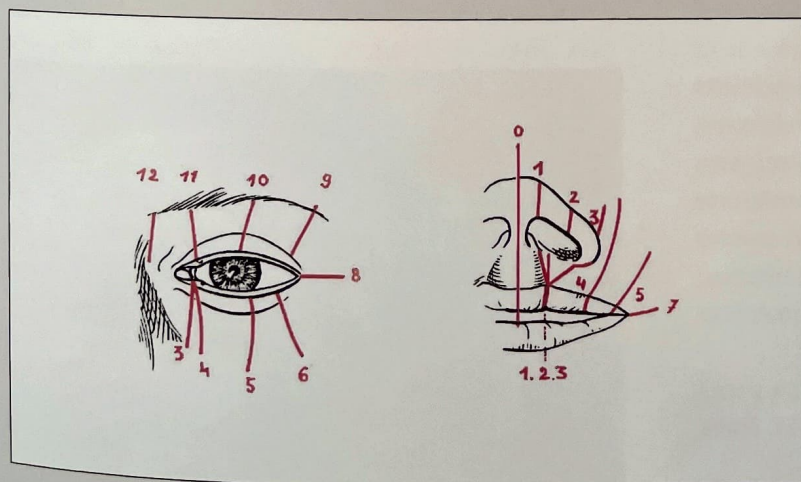
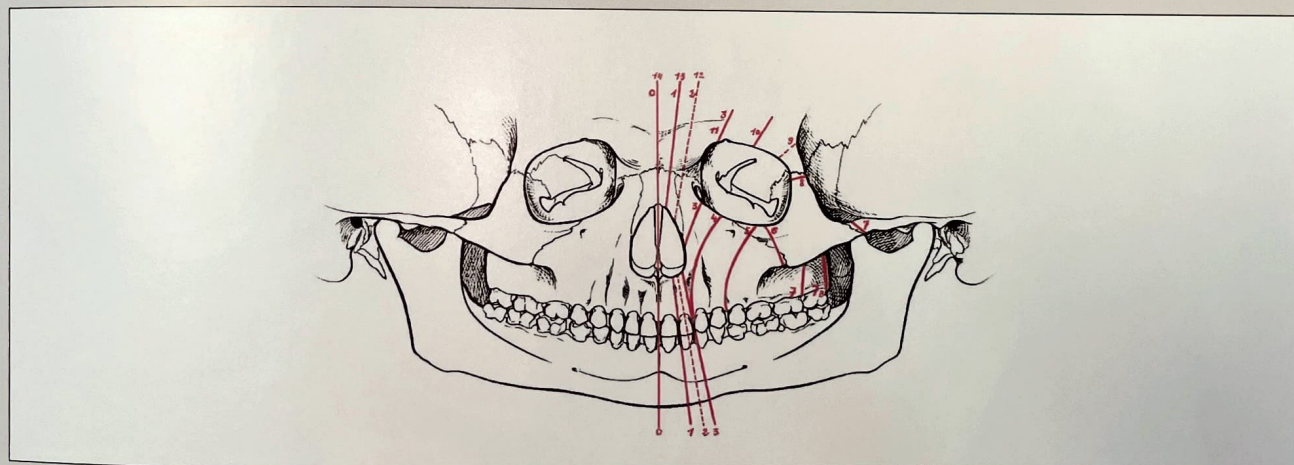
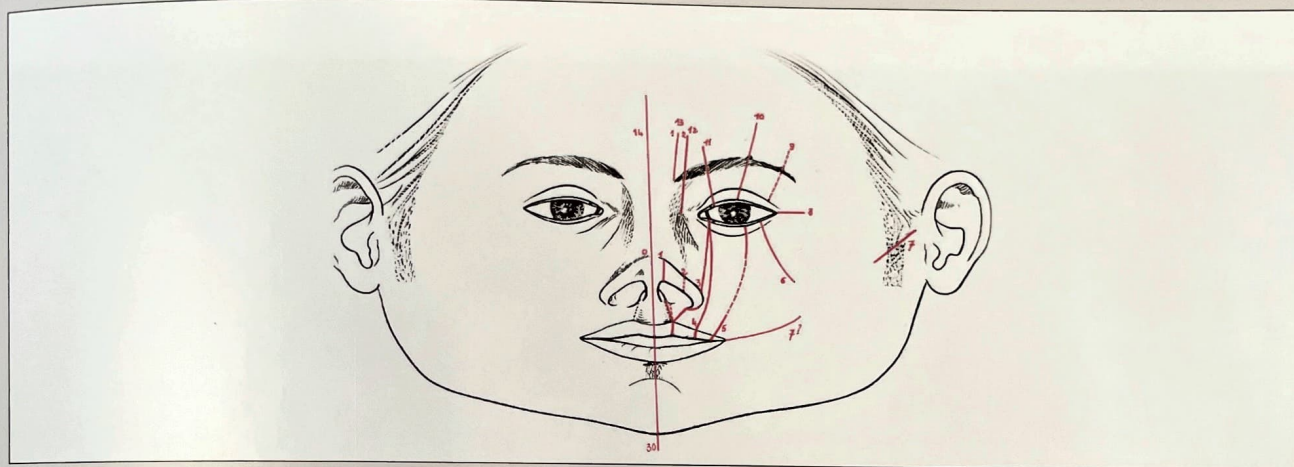
PT : « Entretiens = FAIRE COMPRENDRE

Un cours, des entretiens visent à enseigner, à démontrer, donc à rendre compréhensible un sujet inconnu ou mal interprété, à un auditoire plus ou moins séparé (...) Les sujets et leurs variantes étant tous très ardues, les opérations exceptionnellement longues donc ennuyeuses, les écueils sont innombrables, l'ennui en particulier. De plus un auditoire non homogène aura tendance à s'échapper à des moments différents créant soit le désordre, soit le vide. Il faut donc insister sur une excellente préparation. »

Crâne acrylique. Dystopie orbitaire abord intracrânien - Phases 1,2,3. Musée de l'homme
Montré à Montréal et New-York en 1971



CLASSIFICATION ANATOMIQUE DES FENTES FACIALES ET CRANIO-FACIALES



PT : « Je me suis rendu compte que ça pouvait s'appliquer à d'importantes failles congénitales du massif facial et entre autres, à certaines séquelles particulièrement graves de bec de lièvre. J'ai donc opéré. »

Devant l'intérêt croissant pour ses travaux et publications, Tessier décidait d'organiser les premières rencontres « CHOC » de l'Hôpital Foch (Chirurgie Orbito-Crânienne) : la première en 1967 (sur l'ostéotomie faciale), la seconde en 1969 (sur l'ostéotomie cranio-orbito-faciale).

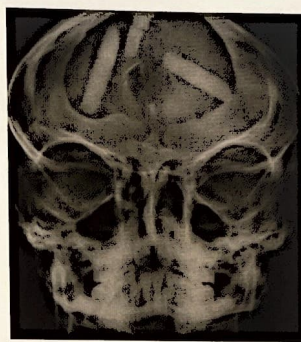
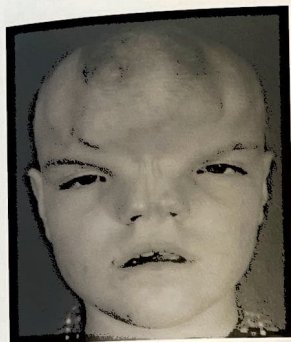


PT : « Je me propose de susciter des débats autour de plusieurs problèmes anesthésiques, ophtalmologiques, neurologiques, rhinologiques, stomatologiques, ou en rapport avec la croissance faciale. Voici donc quelques questions – certaines enfantines – voudriez-vous avoir l'obligeance soit d'y répondre dès maintenant, soit de préparer votre réponse. »

Lettre aux participants des entretiens de Foch, 1969



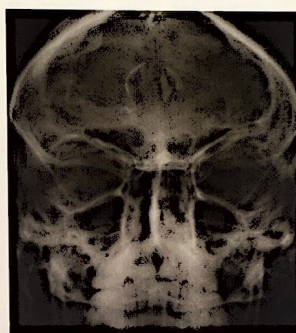
ÉVALUER



Fente 0 -14
Encéphalocèle frontal
médian géant

Duplication nasale, épine
nasale et épine nasale
antérieure

Téléorbitisme sévère
Aspect pré-opératoire,
dessin de Francine Gourdin



Aspect post-opératoire et
radiographie post-opératoire

PT : « Je cherchais à résoudre ces problèmes après les avoir étudiés d'une façon aussi anatomique et aussi fonctionnelle que possible... Aussitôt après, d'ailleurs, j'ai rédigé mon compte-rendu opératoire. Surtout en fonction de ce que je n'avais pas fait, pas réussi. Et, de ce que je pourrais être amené à faire si j'avais à faire la même opération le lendemain. Je fais encore comme ça aujourd'hui à la fin de chaque opération. Je ne supporte pas de ces compte-rendus protocolaires, cérémoniels, où on dit qu'on met le malade en position un et un... Et qu'on a aidé à aspirer. Un compte-rendu justificatif (est) beaucoup plus une critique de ce qui a été fait qui ne procédait pas. »

PT : « Vous ferez la critique, l'observation complète vous sera présentée. J'ai fait imprimer toutes les observations stéréotypées, et lorsque ça sera fait, j'opérerai (quatre cas : deux Crouzons et deux hypertélorismes). Alors, je vous demande à vous, neurochirurgiens, à vous, chirurgiens pédiatriques, ophtalmologistes et autres disciplines, quelles sont vos remarques, quelles sont vos critiques... Et vous vous rassemblez en dehors de moi, et vous me présenterez vos critiques globales. Si vous estimez que je fais un travail très dangereux pour les malades ou très dangereux pour l'avenir, pour la croissance, j'arrête... »

Extrait du discours inaugural du premier CHOC,
1967



Plastic surgery is an art form

An exiting discipline whose effectiveness often depends on an harmonious blend of medical science and art. To transfer bulk tissue and maintain its viability is applied science; to shape that tissue into graceful anatomic form is artistry.

Burt Brent, *Artistry of reconstructive surgery*.
 Edited by Mosby Company Saint-Louis 1987

Paul Tessier examinant le visage d'un jeune patient.
 À sa gauche, son ami le docteur Ortiz Monasterio.

CATALOGUE RÉALISÉ À L'OCCASION DE LA PREMIÈRE EXPOSITION DE LA COLLECTION TESSIER

DU 14 MAI AU 29 AOÛT 2014
AU MUSÉE D'HISTOIRE DE LA MÉDECINE, PARIS VI^{ÈME}

COMMISSARIAT GÉNÉRAL

Marie-Véronique Clin, conservateur du Musée d'histoire de la médecine
Yvan Brohard, chargé de mission *Art & Science* à l'Université Paris Descartes

COMMISSARIAT SCIENTIFIQUE

Professeur Bernard Devauchelle
Professeur Sylvie Testelin
Docteur Benjamin Guichard

Les objets et documents présentés sont issus du fonds documentaire Tessier,
propriété de l'**Association Française des Chirurgiens de la Face**

BIBLIOGRAPHIE

L'ensemble des livres de la bibliothèque de Paul Tessier

La thèse du Docteur Benjamin Guichard :

Le crayon rouge, outil d'une rupture chirurgicale. Premiers témoignages sur la collection Tessier
Amiens. Juin 2011

La biographie d'Anthony Wolf

A man from Heric : the life and work of Paul Tessier, MD father of cranio-facial surgery

CRÉDITS PHOTOGRAPHIQUES

Cyrille Crépin, Benjamin Guichard, Delphine Crépin

CRÉATION GRAPHIQUE

Agence SBBA

QUE SOIENT ICI REMERCIÉS POUR LEUR PRÉCIEUSE COLLABORATION :

Frédéric Dardel, président de l'Université Paris Descartes
Guy Cobolet, directeur de la bibliothèque interuniversitaire de santé (BIUS)
Brigitte Brohard, Olivia Chaple

Couverture : Crâne tri-lobaire - J. Posnick
Dernière de couverture : Voûte poreuse frontale - Michigan



Association Française
des Chirurgiens de la Face



UNIVERSITÉ
PARIS DESCARTES



France (programme) régional
interreg

European Regional Development Fund
The European Union, investing in your future



Fonds européen de développement régional
L'union européenne investit dans votre avenir



Institut Faire Faces



Facing Faces Institute