

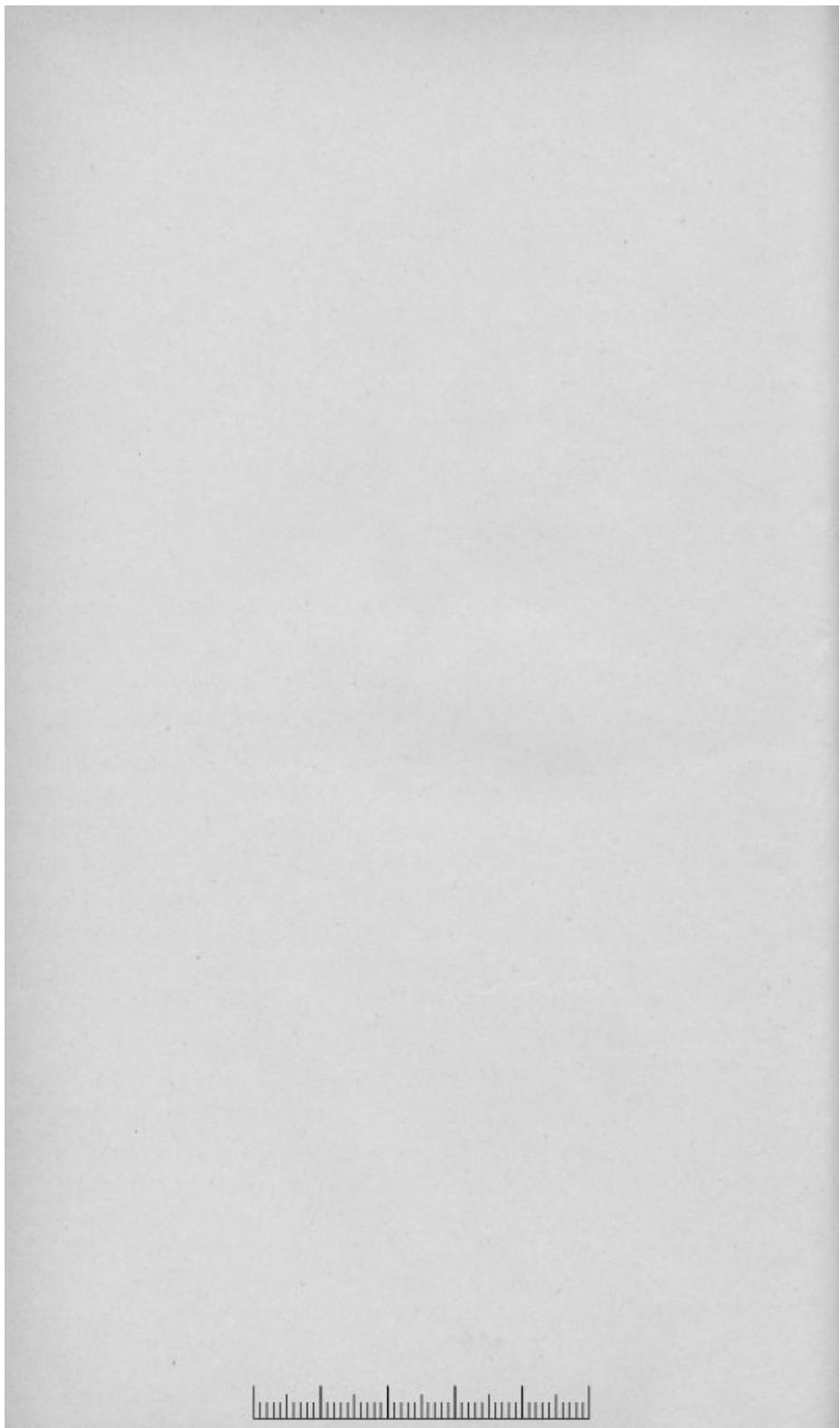
Bibliothèque numérique



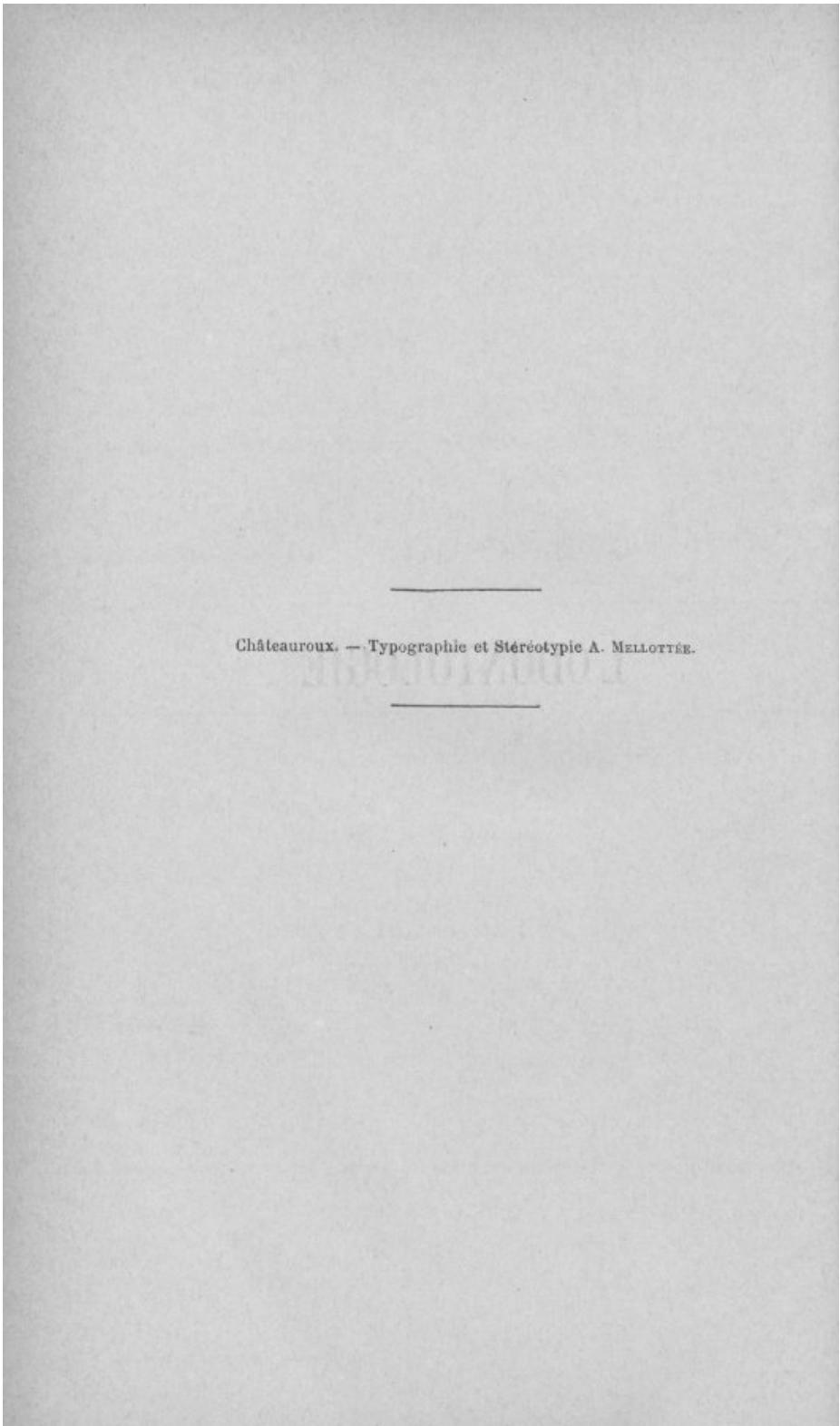
L'Odontologie

tome 33. - Paris, 1905.

Cote : PF92



L'ODONTOLOGIE



Châteauroux. — Typographie et Stéréotypie A. MELLOTTÉE.

PF 32

L'ODONTOLOGIE

PARAÎSSANT LE 15 ET LE 30 DE CHAQUE MOIS

ORGANE DE L'ASSOCIATION GÉNÉRALE DES DENTISTES DE FRANCE, DE L'ÉCOLE DENTAIRE
DE PARIS ET DE LA SOCIÉTÉ D'ODONTOLOGIE DE PARIS

DIRIGÉE DE 1881 A 1896 PAR **Paul Dubois**

DIRECTEUR : **Ch. Godon**, Président-directeur de l'Ecole dentaire de Paris.

RÉDACTEUR EN CHEF : **P. Martinier**, Directeur adjoint de l'Ecole dentaire de Paris.

SECRÉTAIRE DE LA RÉDACTION :

E. Friteau,

Professeur à l'Ecole dentaire de Paris.

ADMINISTRATEUR-GÉRANT :

Ed. Papot,

Professeur honoraire à l'Ecole dentaire de Paris.

25^e année. — N° 1. — 15 JANVIER 1905. — Vol. XXXIII.
1^{er} SEMESTRE 1905

COMITÉ DE RÉDACTION ET D'ADMINISTRATION

Blatter, chef de clinique à l'Ecole dentaire de Paris.

Richard-Chauvin, professeur à l'Ecole dentaire de Paris.

D'Argent, professeur suppléant à l'Ecole dentaire de Paris.

Roy, professeur à l'Ecole dentaire de Paris, dentiste des hôpitaux.

Delair, professeur suppléant à l'Ecole dentaire de Paris.

Sauvez, professeur à l'Ecole dentaire de Paris, dentiste des hôpitaux.

Lemerle, professeur à l'Ecole dentaire de Paris.

PRINCIPAUX COLLABORATEURS

J.-A. Barrié, Blozman, Bonnard, Choquet, Frey, Heidé, Francis Jean, Loup, Mendel-Joseph, Michaëls, Ronnet, Touvet-Fanton, Worms.

Etranger: Canada. Eudore Dubéau (Montréal).

Espagne. Fl. Aguilar (Madrid), Dumians (Barcelone), Losada (Madrid).

Départements: Longuet (La Rochelle), Cl. Martin, Pont (Lyon), Schwartz (Nîmes).

États-Unis d'Amérique. Brophy (Chicago), Harlan (Chicago), Kirk (Philadelphia), Ottoff (Manille), Wallace-Walker (New-York).

Étranger: Allemagne. Hesse (Leipzig). Angleterre. Cunningham (Cambridge), Pater-son (Londres).

Hollande. Grevers (Amsterdam).

Autriche. Weiser. Belgique. Messian (Anvers). Brésil. Chapot-Prévost.

République-Argentine. Etchepareborda (Buenos-Ayres).

Russie. Limberg (St-Pétersbourg).

Suède. E. Forberg (Stockholm).

Suisse. P. Guye (Genève).

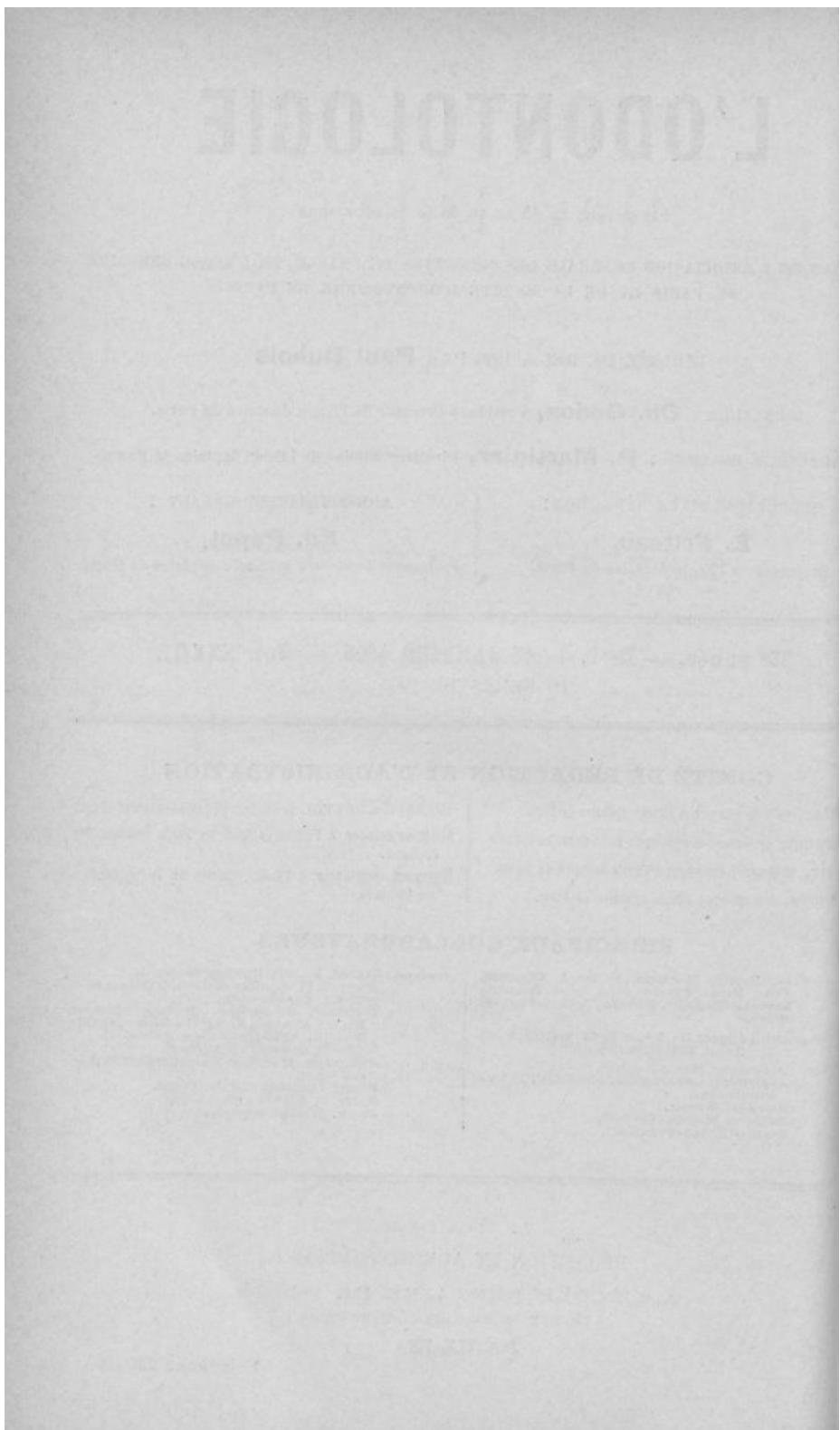
RÉDACTION ET ADMINISTRATION

A L'ÉCOLE DENTAIRE DE PARIS

45, RUE DE LA TOUR-D'AUVERGNE

PARIS-IX^e

Téléphone 223.04



L'ODONTOLOGIE

L'Odontologie est une TRIBUNE LIBRE, où toutes les opinions peuvent se produire; les signataires gardent l'entièbre responsabilité de leurs appréciations.

Travaux Originaux

DES DIVERS TRAITEMENTS DE L'HYPERESTHÉSIE DE LA DENTINE¹

Par A. PONT,
Ex-interne des hôpitaux de Lyon.

Pour jeter un peu de clarté sur cette question, nous étudierons tout d'abord les précautions à prendre quel que soit le traitement employé. Nous verrons ensuite les différents moyens thérapeutiques, puis le procédé mécanique, et lorsque nous aurons énuméré ces divers traitements, nous étudierons d'une façon plus minutieuse l'emploi de la cataphorèse.

1^o PRÉCAUTIONS A PRENDRE DANS TOUS LES CAS.

A. Il faut rassurer son patient et tâcher de lui inspirer confiance, car, selon l'expression de Johnson, c'est le patient qu'il faut soigner avant la dent.

A ce point de vue, cet auteur classe les patients d'après leur tempérament :

“ Tous ceux qui viendront nous consulter, dit-il, éprou-

1. Communication faite à l'Association des dentistes du Rhône.

veront plus ou moins, et plutôt plus que moins, une certaine crainte du fauteuil dentaire. La façon dont vous les approcherez aura déjà une grande influence au point de vue de leur appréhension et vous devez apprendre à lire dans l'attitude de votre patient quelle est la meilleure façon de l'aborder ; c'est là une des choses fondamentales de notre profession. Il ne faut pas que le public conserve plus longtemps cette impression profonde que toute opération dentaire est fatallement une souffrance ; c'est là une croyance générale qui est depuis trop longtemps à la honte des dentistes.

» Sans multiplier les divisions, nous classerons les patients au point de vue de leur attitude et de leur tempérament en quatre groupes.

» Nous rangerons dans le premier groupe tous les individus de tempérament nerveux, particulièrement sensibles aux impressions de toute nature, soit physiques, soit mentales. Cette sensibilité naturelle subit à un haut degré l'influence du milieu et des préoccupations actuelles. Avec cette classe de patients, le dentiste doit faire preuve d'un tact particulier, tant dans son allure que dans sa façon d'opérer.

» Ce sont, pour la plupart, des gens cultivés, hommes ou femmes, des littérateurs, des artistes, musiciens, peintres, etc. ; en même temps, heureusement pour nous, ils sont généralement doués d'une intelligence développée. Leur jugement est rapide et ils savent apprécier et reconnaître les soins et l'habileté de l'opérateur. Ces patients consentiront à souffrir pendant un court moment, pourvu que la douleur imposée ait servi à quelque chose de précis, mais ils ne toléreront aucune hésitation maladroite.

» Nous réunissons dans un second groupe, tous les individus grands et robustes, de santé florissante, mais qui tremblent à l'annonce de tout malaise physique, de toute souffrance. Ils peuvent manifester partout ailleurs une volonté et une résistance suffisante, mais il semble, à notre point de vue purement dentaire, que leur courage est

inversement proportionnel à leur développement physique. Chez eux, toute influence morale, tout encouragement échouent. Il n'y a qu'une façon de procéder, c'est d'éviter soigneusement la douleur par l'usage répété des calmants, de faire des obturations plastiques, et d'attendre qu'ils surmontent leur crainte pour permettre d'établir des obturations plus durables. Si, dès l'abord, vous voulez entreprendre des opérations complètes, ils quittent votre cabinet pour ne plus y revenir et laissent la carie devenir incurable. Lorsque les complications apparaissent, ils cherchent un dentiste qui les anesthésie, extrait la dent, et tout est dit.

» Une autre catégorie comprend les individus efféminés, irresponsables pour ainsi dire, sans résistance physique ou morale et qui ont besoin d'une direction dans toutes les circonstances de la vie. Ils viendront vous trouver, décidés par la souffrance ou amenés par un de leurs amis, et il faudra user, vis-à-vis d'eux, d'un difficile mélange de douceur et de fermeté. Vous commencerez par leur imposer cette conviction que vous ne leur infligerez que la douleur indispensable, mais vous leur ferez aussi comprendre qu'ils doivent supporter ce minimum. Vous ne devez jamais être dur envers aucun patient, mais il sera quelquefois bon de manifester vis-à-vis de ceux-ci une certaine fermeté et de ne pas tolérer une mauvaise volonté puérile. S'il vous a fallu user avec eux de quelque rigueur pendant l'opération, n'oubliez pas de modifier complètement votre attitude avant qu'ils ne quittent le fauteuil. Ils doivent emporter de votre cabinet le sentiment que vous êtes naturellement bon et compatissant et que vous n'aurez été sévère que dans leur intérêt. Si vous avez bien su comprendre leur caractère et vous montrer à propos doux et ferme, vous acquerrez au bout de peu de temps une complète autorité sur eux.

» Sachez faire promptement la distinction entre les douleurs réelles et simulées, car ces malades se plaignent souvent sans raison.

» De la franchise dans vos paroles et dans vos actes, alliée à beaucoup de tact, telles sont les conditions du succès avec

cette classe de patients, comme d'ailleurs avec tous les patients.

» L'attitude à prendre auprès des enfants est un autre problème très délicat. Evitez autant que possible de leur causer la moindre souffrance lorsqu'on vous les amène pour la première fois et même jusqu'à ce que vous ayez gagné leur amitié et leur confiance. Recevez-les et parlez-leur avec beaucoup d'affabilité et imprimez dans leur esprit cette idée que la visite qu'ils vous font n'a rien qui puisse motiver leur crainte. Malheureusement, ils ont déjà entendu parler du cabinet dentaire comme d'un lieu de souffrance, et manifestent naturellement une certaine appréhension lorsqu'on les y amène. Vous devez donc lutter d'abord contre cette crainte ; les résultats que vous pourrez obtenir à ce point de vue dès leur première visite, grâce à l'amabilité de votre accueil, à votre tact, à votre jugement, est merveilleux.

» N'essayez jamais, sous aucun prétexte, de tromper vos jeunes patients ; n'insistez pas non plus, sur les souffrances qu'ils peuvent avoir à endurer. Si votre opération doit être quelque peu pénible, préparez leur esprit à la subir, tant par une causerie à leur portée sur ce sujet que par l'habileté de vos manœuvres opératoires. Quand vous aurez gagné leur confiance et leur sympathie, vous pourrez obtenir même des plus jeunes, une bonne volonté et une endurance extraordinaires. Encore une fois, le tact, l'amabilité, la franchise, la rapidité à les soulager quand ils souffrent, et de courtes séances, telles sont les conditions du succès avec les enfants. »

Nous arrivons enfin au dernier groupe, le moins nombreux. Nous avons alors à faire à de l'hyperesthésie vraie, la moindre pression provoque une douleur violente et il est impossible de faire le moindre essai de préparation sérieuse.

B. Il est indispensable dans tous les cas où on rencontre de l'hyperesthésie de la dentine, de se mettre complètement à l'abri de l'humidité, et, par conséquent, d'employer rigoureusement la digue ; et enfin, de se servir de fraises et d'excavateurs bien affilés.

« Si vous agissez, dit Johnson, de la façon que nous venons d'esquisser rapidement, vous aurez déjà à moitié résolu le problème et vous pourrez même croire que l'on a beaucoup exagéré l'importance et les difficultés de cette complication. Néanmoins, vous rencontrerez assez souvent des cas incontestables d'hyperesthésie, et alors vous aurez le choix entre les divers moyens que nous allons indiquer. »

2^e TRAITEMENT THÉRAPEUTIQUE.

On a préconisé tour à tour, les applications de morphine, de vératrine, de cocaïne, de galacol, d'orthoforme, de nirvanine ; on les a employées tantôt seules, tantôt combinées avec du phosphate de zinc. Mais il semble que ces divers anesthésiques n'aient pas donné d'excellents résultats, même en applications répétées. Herbst a employé l'acide sulfurique cocaïné, d'autres la cocaïne en saturation dans l'alcool. Tout récemment M. Touchard conseille des injections intra-gingivales de cocaïne et M. Granjeon des injections de cocaïne et d'adrénaline. Nous n'avons pas l'intention de discuter toutes ces méthodes, pas plus que celles qui vont suivre, cela nous entraînerait trop loin, et ceux que cette question intéresse pourront lire le rapport de M. Jeay au Congrès dentaire de Paris (1900).

Certains auteurs, prétendant que l'hyperesthésie était due quelquefois à des acides, ont essayé de neutraliser ces derniers avec de l'ammoniaque, du carbonate de soude, etc. L'air chaud est recommandé par tous les auteurs classiques et doit être en effet employé couramment, car dans beaucoup de cas, il suffit à lui seul, et lorsqu'il est insuffisant il favorise la pénétration de l'agent anesthésique qu'on lui adjoint. Lorsque la cavité n'est douloureuse qu'en un certain point et que le patient n'est pas trop timoré, on peut faire avec fruit un petit attouchement de la dentine sensible avec une pointe de thermo ou d'électro-cautère.

Jenkins, de Dresde, se sert de l'acide phénique chaud : on peut, dans ce cas, employer le procédé de Gow qui consiste à bourrer dans la cavité une boulette de coton imbi-

bée d'acide phénique et à appliquer sur la boulette un bruisseoir fortement chauffé. D'autres ont recours au stypage de la cavité ou à une pulvérisation de coryl en allant progressivement pour ne pas provoquer de sensation désagréable. M. d'Argent a recommandé ce dernier procédé : il est certain que dans beaucoup de cas, cette méthode simple et facile donne d'excellents résultats.

En janvier 1900, M. Mahé dans *L'Odontologie* a publié un article sur l'emploi du menthol. Un des grands avantages de ce médicament, c'est qu'il n'est ni caustique, ni décalcifiant, et qu'il ne provoque pas de douleurs.

Au lieu de dessécher la dent simplement avec de l'air chaud, on a essayé des projections de protoxyde d'azote (Lennox), d'acide carbonique, etc.

Enfin nous signalerons rapidement les applications ou les pansements au chlorure de zinc, au tannin, au formol (Pierre Robin), à l'acide chromique (Magitot), au nitrate d'argent, au chlorure d'antimoine, à l'essence de girofle, à l'eugénol, etc.

Parmi ces agents thérapeutiques, quelques-uns compromettent la vitalité de la pulpe, décalcifient la dent, et tous nécessitent des pansements et une perte de temps.

Pour tâcher d'être complet, signalons pour terminer cette longue énumération thérapeutique, l'administration du sulfate de quinine à l'intérieur dont MM. Lemonier, de Nice et Schwartz, de Nîmes auraient retiré de bons effets¹.

3^e TRAITEMENT MÉCANIQUE.

Ce traitement employé depuis très longtemps est surtout utile lorsqu'on a affaire à des patients très difficiles à soigner et lorsque les autres moyens ont échoués. Il consiste à débarrasser la cavité le mieux possible de la dentine ramollie et à en faire l'obturation provisoire, soit avec la

1. Notre excellent confrère le Dr Audy de (Senlis) a fait également à ce sujet une communication au dernier Congrès de Grenoble sur l'emploi du chlorhydrate d'erytrophléine. Nous n'avons pas encore eu l'occasion d'employer ce médicament.

gutta, l'oxy-phosphate de zinc ou l'oxy-chlorure de zinc. Voici à ce sujet l'opinion de Johnson :

« Deux méthodes peuvent alors se présenter : ou bien » l'anesthésie par la cataphorèse avec tous ses ennuis, la » perte de temps, les accidents possibles et en somme ses » résultats éloignés peu déterminés, ou bien l'obturation » provisoire qui permet d'attendre la diminution de la sen- » sibilité.

» Dans ce cas vous emploierez avantageusement le ciment » qui ne réclame pas une préparation soignée. L'une et » l'autre de ces méthodes ont leurs applications, mais dans » la grande majorité de ces cas, l'obturation temporaire » est préférable à la cataphorèse. Un grand nombre d'opé- » rateurs subissent des échecs en employant le ciment » comme obturation temporaire, parce qu'ils le laissent » trop longtemps en place et lui permettent ainsi de se » désagréger peu à peu. Ils vont ainsi directement à l'op- » posé du but qu'ils se proposent d'atteindre.

» Voici la méthode qu'il faut suivre dans ce cas : Vous » commencez par nettoyer la cavité autant que possible, » puis vous l'obturez hermétiquement de façon que la den- » tine reste à l'abri de toute irritation interne. Vous laissez » le ciment en place trois ou quatre mois seulement. Pour » l'enlever vous commencez par poser la digue, et du même » coup, vous préparez définitivement la cavité restant tou- » jours à l'abri de la salive. Dans ces conditions votre opé- » ration est bien tolérée. Si au moment de faire l'obtura- » tion au ciment vous ne pouvez nettoyer suffisamment la » cavité, vous enfermez pendant trois jours un tampon de » coton saturé d'essence de girofle ; ce pansement vous per- » mettra ordinairement d'enlever d'un seul coup les tissus » cariés de la façon que nous avons indiquée plus haut. »

Pour réfuter cette opinion de Johnson, nous allons étudier les phénomènes intimes et l'emploi de la cataphorèse, et nous pensons pouvoir vous convaincre que par la catapho- rèsé on n'a pas d'ennuis, pas de perte de temps, pas d'acci- dents possibles et qu'avec elle on peut, sans faire souffrir

le patient arriver en une seule séance à un résultat supérieur.

Presque tous les auteurs qui se sont occupés de la cataphorèse ont essayé de lui donner un nom nouveau. C'est Porret et du Bois-Reymond qui, les premiers, ont employé le mot cataphorèse. Richardson l'appelait narcose voltaïque; Foveau de Courmelles, bi-électrolyse; Duncan, osmose électro-dentaire. On lui a donné aussi le nom de diffusion anodale, électrolyse interstitielle, électrolyse médicamenteuse, diffusion électro-médicamenteuse (Morton), transportation électrique, anaphorèse, etc.

Cette dernière dénomination est aussi incomplète que la première.

Le mot de cataphorèse vient en effet de deux mots grecs (*κατά*, *φέρειν* — en bas, porter — porter vers le cathode, vers le pôle négatif).

Cela est vrai pour les médicaments qui sont transportés du pôle positif au pôle négatif; mais il n'en est plus de même, par exemple, pour l'oxygène, l'iode, etc. qui sont transportés du pôle négatif au pôle positif; aussi, pour ces dernières substances, c'est anaphorèse qui serait le mot juste (*ἀνά*, *φέρειν*, porter en haut vers l'anode, vers le pôle positif).

Ce n'est donc pas cataphorèse, ni anaphorèse que nous devrions dire mais *électrophorèse*; cette dernière dénomination aurait en outre l'avantage de rappeler celle d'électrolyse, avec laquelle, comme nous le verrons bientôt, l'électrophorèse a beaucoup d'analogie.

Nous conserverons toutefois le mot de cataphorèse, si impropre soit-il, car c'est l'expression la plus connue et c'est celle qui prêtera le moins à confusion.

Le professeur W.-J. Morton (de New-York) définit la cataphorèse: « le transport des liquides avec les substances qu'ils peuvent tenir en dissolution, du pôle positif au pôle négatif dans un courant passant à travers les tissus. » Cette définition n'est pas complète, puisque, comme nous l'avons déjà dit, certaines substances sont transportées au contraire du pôle négatif au pôle positif.

Le Dr F. Peterson entend par cataphorèse l'introduction par l'électricité de médicaments qui pénètrent dans l'économie à travers la peau et les muqueuses. Ce processus paraît être purement physique et n'a rien à voir avec l'électrolyse.

INSTRUMENTS ET MANUEL OPÉRATOIRE EN GÉNÉRAL.

Les instruments indispensables pour l'application de la cataphorèse sont : une source quelconque de courant de 15 à 60 volts de tension, un rhéostat, un milliampèremètre et des électrodes positives et négatives.

Nous allons décrire successivement chacun de ces appareils et nous étudierons ensuite d'une façon générale le manuel opératoire.

Source de courant. — Pour qu'un courant galvanique puisse être utilisé pour la cataphorèse il doit : 1^o être régulier et ne pas être sujet à des renversements ; 2^o être de faible tension, car en art dentaire on ne doit dans aucun cas employer un courant supérieur de 3 ou 4 milliampères.

Dans ces conditions, il semble, au premier abord, qu'une batterie de piles ou une série d'accumulateurs puissent être les seules sources de courant utilisables. Mais actuellement on trouve chez tous les fournisseurs des installations électriques permettant d'utiliser directement le courant des compagnies non seulement pour le moteur, mais pour le galvano-cautère, l'éclairage et la cataphorèse.

Nous ne décrirons pas ces tableaux de distribution, d'autant plus qu'à l'heure actuelle ils sont d'un usage courant.

Rhéostat. — En art dentaire plus que partout ailleurs, en raison de l'extrême sensibilité des tissus sur lesquels on opère, l'intensité du courant doit être graduée d'une façon précise, et à ce point de vue un rhéostat spécial est nécessaire, ils sont d'ailleurs, à l'heure actuelle, de fabrication courante.

Personnellement, nous nous en servons depuis un certain temps, et, en ce qui concerne la cataphorèse, nous n'avons aucun reproche à formuler à leur sujet. Nous n'avons jamais

constaté de variation brusque de courant ni d'inversion des pôles.

Il est un fait pratique que nous tenons cependant à signaler en passant, c'est qu'il ne faut pas que le courant employé soit un courant polyphase, car alors on ne pourrait pas l'utiliser pour la cataphorèse, à moins de le transformer en courant continu au moyen d'appareils coûteux et encombrants.

Milliampèremètre. — Le milliampèremètre employé pour la cataphorèse en art dentaire n'offre rien de particulier à signaler. Il est fractionné en dixièmes de milliampère et marque de 0 à 5 milliampères. Cet instrument est absolument indispensable, car aucun symptôme subjectif ou physique ne peut nous dire l'intensité du courant utilisé : dans chaque cas la résistance varie, et il faut nécessairement être renseigné par un milliampèremètre.

Électrodes. — Les électrodes et les rhéophores ne doivent être fixés à l'appareil que pendant leur utilisation.

On distingue des électrodes positives et des électrodes négatives.

Les électrodes positives sont destinées à être appliquées dans la cavité ou dans la région gingivo-dentaire, et les électrodes négatives peuvent être appliquées soit au niveau de la joue, soit dans la main du patient. Nous remarquerons toutefois, que les électrodes positives deviendront négatives lorsqu'on voudra utiliser un corps électro-négatif ou anion tel que l'iode, l'oxygène, etc. A ce point de vue, il serait peut-être plus juste de dire électrode active au lieu d'électrode positive, et électrode indifférente pour électrode négative.

On a inventé et décrit une foule d'électrodes ; les moins compliquées sont les meilleures.

Électrodes positives ou électrodes actives. — La plus simple et la plus employée est la pointe avec boule de platine à l'extrémité. Cependant celle-ci a besoin d'être maintenue par la main de l'opérateur, car nous dirons en passant que dans aucun cas l'électrode positive ne doit être

maintenue en place par le patient lui-même. D'ailleurs, d'une façon générale, il est préférable de se servir d'une électrode positive qui tienne seule dans la cavité : 1^o parce que le moindre déplacement de la pointe détermine des secousses douloureuses ; 2^o parce qu'il est difficile de conserver toujours la même pression et que dans le cas contraire, on risque de faire varier l'intensité du courant ; 3^o parce qu'on peut éviter ainsi une perte de temps et un peu de fatigue.

On préférera donc, toutes les fois que cela sera possible, à l'électrode précédente l'électrode munie d'une agrafe avec conducteur, à laquelle se trouve fixé un fil de platine très fin ayant une boule à l'autre extrémité. Le fil est entouré d'un tube de caoutchouc pour éviter les pertes de courant, et la pointe est fixée dans la cavité au moyen d'une boulette de cire ou de gutta-percha.

Électrodes négatives ou indifférentes. — On a discuté pour savoir s'il valait mieux placer l'électrode négative sur la joue ou sur la main. On a dit qu'en la plaçant sur la joue on diminuait la résistance, qu'on obtenait ainsi des résultats plus rapides, et qu'enfin l'opérateur n'était pas sous la dépendance du patient.

Personnellement nous sommes partisan de l'application de l'électrode indifférente sur la main en faisant remarquer toutefois que cela est souvent impossible lorsqu'on est en présence d'un enfant ou d'un patient timoré. Il vaut mieux alors appliquer l'électrode sur la joue et se servir par exemple de la pince de Klingelfuss munie d'une grande plaque métallique pour l'intérieur de la bouche, et d'une plaque isolante de caoutchouc pour l'extérieur. On place, pour éviter les accidents et diminuer la résistance, un petit morceau de toile imbibée d'eau salée entre la muqueuse et la plaque métallique.

Manuel opératoire. — Avant de faire passer le courant à travers la dent, il est bon de prendre quelques précautions préliminaires que nous allons résumer en quelques mots. L'opérateur s'assurera tout d'abord que son appareil fonctionne bien, surtout en ce qui concerne le rhéostat et le

milliampéremètre ; il s'assurera ensuite que les électrodes sont bien en rapport avec les bornes correspondantes. Ceci fait, il préparera les solutions médicamenteuses nécessaires suivant le cas ; il débarrassera la cavité le plus soigneusement possible des portions de dentine ramollies et de tous les corps étrangers ; enfin il placera la digue. Cette dernière précaution est absolument indispensable. Il faut être tout à fait à l'abri de la salive pour faire l'électrophorèse, car, sans cela, les solutions médicamenteuses risquent d'être altérées ou tout au moins diluées, leur décomposition électrolytique peut être considérablement troublée ; enfin la dent étant un corps inférieur à la salive comme conducteur, il arrivera forcément que le courant sera dévié et ne passera plus par la dent. C'est là, selon nous, une des principales causes d'insuccès, et c'est pour ne pas avoir pris cette précaution que beaucoup d'opérateurs ont rejeté l'électrophorèse.

Toutes ces précautions étant prises, on lave la région opératoire à l'eau stérilisée ; on introduit dans la cavité une boulette de coton imbibée de la substance médicamenteuse, et on place l'électrode indifférente soit sur la joue, soit dans la main du patient. On rassure ce dernier, s'il paraît timoré, et on lui recommande de faire un signe quelconque dès qu'il sentira passer le courant. Mais il ne faut, à aucun moment et sous aucun prétexte, que cette sensation soit douloureuse.

On place l'électrode active dans la cavité, et on la fixe au moyen d'un peu de gutta, ou bien on la maintient immobile et bien appliquée sur le coton.

Lorsque les électrodes sont bien en place, on tourne doucement la manivelle du rhéostat et en débutant à zéro. Il faut avoir presque constamment les yeux sur le milliampèremètre et s'arrêter dès qu'on a atteint l'intensité indiquée suivant le cas. Il n'est pas nécessaire que le patient perçoive le courant ; par contre, il faut s'arrêter lorsqu'il accuse une sensation quelconque, et ne continuer à augmenter l'intensité que lorsque ce dernier n'est plus perçu.

La durée de l'opération est variable, en général 4 à 5 minutes suffisent largement.

Au bout de ce temps, qu'il est inutile de dépasser, surtout s'il s'agit d'un second degré sensible, on ramène doucement la manivelle du rhéostat à zéro. Il faut abaisser le courant graduellement, sans secousses brusques, et n'enlever les électrodes que lorsque l'aiguille est à zéro. Sans cela, il se forme un courant de rupture qui provoque une sensation très désagréable, sinon très douloureuse, pour le malade. C'est pour cette même raison que, pendant toute la durée du passage du courant, il faut maintenir l'électrode dans la cavité avec une pression uniforme et parfaitement immobile ; nous avons d'ailleurs suffisamment insisté là-dessus pour n'avoir pas à y revenir.

Il faudra s'assurer, pendant l'application, qu'il y a pas de perte de courant soit par le clamps qui retient la digue, soit par une obturation métallique voisine, etc. Lorsqu'il est impossible d'éviter le contact de l'électrode avec une obturation métallique ou un clamps, on n'a qu'à isoler ces derniers en les recouvrant d'une couche de chlora-percha. Cette précaution est inutile lorsqu'on se sert de l'électrode positive fixe, dont le fil de platine est isolé par une gaine de caoutchouc.

Enfin, dans certains cas, il est nécessaire de renouveler la solution médicamenteuse. Pour cela, il faut ou bien faire l'opération en deux temps, s'arrêter au milieu et changer la boulette de coton, ou bien laisser tomber de temps en temps sur l'extrémité de l'électrode une goutte de la solution employée.

En somme, le manuel opératoire est basé tout entier sur deux points :

1^o Éviter les pertes de courant pour avoir un résultat positif et n'avoir pas d'accident ;

2^o Éviter les augmentations ou les diminutions brusques de courant, pour ne pas faire souffrir le patient.

Pour conclure voici quelle doit être en somme la conduite à tenir dans le cas d'hyperesthésie de la dentine¹ :

1. Il ne pas confondre, comme nous l'avons vu faire quelquefois, l'hyperesthésie avec la sensibilité normale de la dentine.

1° Inspirer confiance à son patient et le rassurer; se servir d'instruments bien tranchants et opérer à sec;

2° Si ces moyens sont insuffisants, considérer deux cas: ou bien on préfère pour une raison quelconque faire revenir le patient ou bien on préfère obturer immédiatement.

Dans le premier cas, faire un ou plusieurs pansements calmants (on n'a que l'embarras du choix) ou bien faire en ciment provisoire.

Dans le second cas, on peut faire des pulvérisations de chlorure d'éthyle ou de coryl (D'Argent) ou des injections de cocaïne (Touchard-Granjon);

3° Dans les cas d'hyperesthésie très marquée ou lorsque tout a échoué, employer la cataphorèse.




REVUE DE L'ÉTRANGER

ÉTUDE DE CERTAINES QUESTIONS RELATIVES A LA PATHOLOGIE DENTAIRE

Par W. D. MILLER.

Communication faite dans la Section de l'étiologie, de la pathologie et de la bactériologie au 4^e Congrès dentaire international de Saint-Louis, 31 août 1904.

Traduit de l'anglais par K. LOGAN, D.E.D.P., D.F.M.P.¹.

(1^{er} article ; à suivre).

Le plus grand nombre des dentistes accepte actuellement comme démontrée la théorie chimico-parasitaire de la carie dentaire, qui explique d'une manière à peu près satisfaisante les phénomènes observés dans cette affection. D'une manière générale, l'on distingue, dans l'évolution de la carie, deux étapes successives : la première est caractérisée par la décalcification des tissus durs de la dent ; — la deuxième est caractérisée par la dissolution de la matière organique décalcifiée. La décalcification est surtout provoquée par les acides qui se développent dans la bouche grâce à la fermentation des hydrocarboneés. La dissolution de la matière organique est produite par l'action des ferment dont la nature rappelle celle de la trypsin. En ce qui concerne l'émail, la décalcification équivaut à la destruction totale, et la 2^e étape n'est pas apparente.

Cependant certains phénomènes, se rapportant à la présence de caries dentaires dans des bouches différentes, n'ont pas été suffisamment expliqués, tant au point de vue scientifique qu'au point de vue pratique.

En premier lieu, il y a le fait bien connu de deux individus, vivant dans un milieu et dans des conditions identiques, dont l'un est indemne de toute carie, tandis que l'autre n'a pas une seule dent qui n'ait subi les atteintes de la carie. L'on a d'abord attribué la cause de cette grande différence à la structure même des dents, et l'on a dit que les dents dures et bien calcifiées étaient moins sujettes à la carie que

1. Extrait du *Dental Cosmos*, décembre 1904, n° 12, page 981, vol. XLVI, 71.

les dents molles et mal calcifiées. Puis certains auteurs, s'appuyant sur les travaux de Black, qui ont démontré que les dents *dures* contiennent une très petite quantité de sels calcaires en plus que les dents *molles*, ont assuré que la cause de la carie ne doit pas être cherchée ailleurs que dans le milieu buccal. D'autres auteurs enfin ont mis en avant le rôle des diathèses. — Il est évident que la carie résulte de deux groupes principaux de facteurs agissant l'un sur l'autre, l'un de ces groupes concerne les dents elles-mêmes, l'autre concerne le milieu buccal : les diathèses doivent également entrer en ligne de compte, parce qu'elles sont susceptibles d'influencer l'un ou l'autre des deux groupes principaux.

Le principal des facteurs du premier groupe est la résistance que les tissus de la dent offrent à l'action destructive des acides. — Un autre facteur, de moindre importance, est la résistance que la dentine décalcifiée offre au pouvoir dissolvant des ferment bactériens.

Dans le deuxième groupe, nous devons considérer les caractères physiques et chimiques de la salive, son action bactéricide, le genre d'alimentation, la forme et la position relative des dents, la nature et le nombre des micro-organismes contenus dans la cavité buccale, etc.

J'avais cru que le seul moyen d'arriver à des conclusions était d'étudier chaque facteur à tour de rôle et de rechercher son rôle propre vis-à-vis de la carie dentaire. C'est ainsi que depuis cinq ans j'ai dirigé tous mes travaux ; à l'heure actuelle je n'ai pu établir que la base d'un travail, mais j'ai l'espérance d'arriver plus tard à une solution bien définie de ce problème si compliqué.

Etudions d'abord les causes de la carie qui siègent en dehors des dents elles-mêmes :

1^o *La quantité de la salive.*

Une salive abondante tend, excepté pour les caries profondes, à diluer les acides produits par les fermentations buccales, et à enlever les détritus alimentaires qui ne peuvent adhérer à la surface des dents. Son action est strictement limitée aux points avec lesquels elle peut arriver en contact ; elle est nulle dans les cavités profondes remplies de débris alimentaires. Durant le sommeil, l'action de la salive cesse d'une manière absolue. J'ai souvent remarqué que, chaque fois qu'il y a suppression ou diminution de la sécrétion salivaire, les caries étaient nombreuses : les débris d'aliments restent adhérents aux dents et les acides sécrétés exercent complètement leur action. (Durant une opération dentaire, la quantité de salive sécrétée ne peut entrer en ligne de compte pour évaluer la quantité fabriquée normalement.)

2^o *La viscosité de la salive.*

La salive qui contient beaucoup de mucus (elle est filante et collante) facilite la production des caries parce que son action gluante s'oppose au nettoyage des dents : les microbes paraissent se développer plus facilement dans une telle salive. Il ne faut cependant pas exagérer l'importance de ce facteur étiologique, car j'ai rencontré beaucoup d'individus sans carie dentaire, bien qu'ayant une salive extrêmement

visqueuse, tandis qu'au contraire j'ai vu des cas de destruction totale de tout le système dentaire dans une bouche dont la salive était particulièrement claire et limpide.

Lohmann prétend que la *carie dentaire est uniquement due à l'action de la mucine contenue dans la salive*; cette assertion est en contradiction absolue avec les faits les plus simples de la bactériologie et de la pathologie dentaires, et je ne crois pas utile de discuter les assertions de cet auteur.

3^e La réaction de la salive.

Les auteurs sont d'avis très différent en ce qui concerne le rôle joué par l'acidité ou l'alcalinité de la salive dans l'étiologie de la carie dentaire.

Etant donné que les acides, même très dilués, agissent sur les tissus calcaires, beaucoup de dentistes considèrent l'acidité de la salive comme particulièrement mauvaise pour les dents. D'autres soutiennent que la salive alcaline prédispose à la carie, et ils basent leur opinion sur ce fait que les micro-organismes vivent mieux en milieu alcalin qu'en milieu acide ; ils oublient que la carie ne peut commencer qu'en milieu acide. Le problème peut être résolu par la comparaison suivante :

Deux hommes courrent sur une piste A (fig. A) ; le but est b, le point de départ est a ou a'. Le premier coureur part du point a ; l'autre part du point a' de façon à avoir son élan pour monter la côte ; ce dernier part plus rapidement, mais il oublie qu'il a toute la côte à grimper ; quand il arrivera en a'', son rival aura sûrement franchi a'', et il ne pourra le dépasser. De même les bactéries qui commencent la carie dans un milieu alcalin commencent en arrière de celles qui la commencent dans un milieu acide.

Supposons maintenant deux colonies de bactéries, l'une A, évoluant dans un milieu alcalin, l'autre B dans un milieu acide, et imaginons qu'elles luttent ensemble pour savoir laquelle des deux produira, dans un temps donné, la plus forte réaction acide. La colonie B a déjà l'avantage d'avoir autour d'elle une certaine quantité d'acide, tandis que

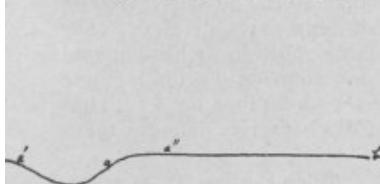


Fig. A.

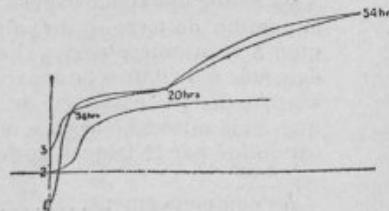


Fig. B.

Courbe 1. — Production acide en tubes alcalins.

Courbe 2. — Production acide en tubes acides.

Courbe 3. — Production acide en tubes neutres.

(Solution 20/0 de sucre de raisin en bouillon).

la colonie A doit d'abord produire une certaine quantité d'acide pour neutraliser l'alcalinité du milieu, avant de pouvoir accumuler de l'a-

cide libre. D'autre part, les bactéries de la colonie A ont l'avantage d'être dans un milieu favorable à leur développement; aussi, au bout d'une heure ou deux, elles seront deux fois plus nombreuses que celles de la colonie B, ce qui leur permettra finalement de fabriquer plus d'acide qu'elles. Ce raisonnement peut être rendu plus clair par l'expérience suivante :

Après avoir fait soigneusement laver la bouche d'un patient, on met l'eau qui a servi à ce lavage dans un tube de verre : les plus gros fragments tombent au fond du tube ; on enlève alors 1 cc. de l'eau, et on l'ajoute à quelques centimètres cubes de bouillon de peptone contenant 3 0/0 de sucre. Le tout est divisé en deux portions A et B, de 50 cc. chacune ; — à A, on ajoute 2 cc. d'une solution de bicarbonate de soude à 10 0/0 ; à B, on ajoute 3 cc. d'une solution d'acide lactique à 5 0/0 ; la portion A est donc alcaline, la portion B est acide.

Chaque portion est divisée dans 10 autres tubes contenant chacun 5 cc. et placés dans une étuve. Le nombre relatif¹ de bactéries dans les deux séries de tubes, à des périodes différentes, est fixé par le tableau ci-contre :

	Tubes alcalins.	Tubes acides.
Au début.....	76	76
Après 1 h. 1/2 d'incubation.....	169	83
Après 4 heures.....	873	230
Après 6 h. 1/2.....	1.125	475
Après 23 heures.....	2.800	836
Après 30 heures.....	150	72
Après 48 heures.....	750	800
Après 72 heures.....	950	740

Ainsi qu'on le voit, jusqu'à la 23^e heure, il se fait un développement plus intense de bactéries dans les tubes alcalins que dans les tubes acides ; après cette heure, le nombre diminue pour augmenter encore plus tard. — Dans les tubes acides aussi, il y a d'abord développement assez abondant, puis diminution, puis nouvelle augmentation.

Dans une deuxième expérience, j'ai mélangé 50 cc. de salive avec de la pomme de terre et du pain ; on en a fait deux parts, de 25 cc. chaque. A la première part, j'ai ajouté 1 cc. d'une solution de bicarbonate de soude à 10 0/0 ; à la deuxième, 1 cc. d'une solution d'acide lactique à 5 0/0. Chaque part a été de nouveau divisée en 5 tubes de 5 cc. chaque, puis mise à l'étuve. Le nombre relatif des bactéries dans les tubes est donné par le tableau ci-dessous :

	Tubes alcalins.	Tubes acides.
Au commencement.....	112	112
Après 2 h. 1/2.....	650	236
Après 6 h. 1/2.....	1.775	600

De nouveau, nous voyons le nombre des bactéries augmenter rapidement dans les tubes alcalins : j'ai figuré ce développement dans la courbe, fig. B. (V. page 21.)

1. Pour obtenir le nombre réel, il faut multiplier ces chiffres par 400,000.

15-I-05 QUESTIONS RELATIVES A LA PATHOLOGIE DENTAIRE 23

En 1 heure 1/2 le mélange des tubes alcalins était neutre ; en 3 h. 1/2 le degré d'acidité dans les tubes alcalins et acides était le même : un tube, soit acide, soit alcalin, demandait onze gouttes d'une solution à 5 0/0 de bicarbonate de soude pour être neutralisée.

Le progrès de la fermentation est indiqué par les courbes 1 et 2 (fig. B) en comparaison avec la fermentation d'une solution à 2 0/0 de sucre de raisin en bouillon de culture représentée par la courbe 3 (même figure). Nous voyons encore une période d'activité succédant à une période de repos.

La conclusion à tirer est la suivante : la fermentation peut être provoquée par un groupe de bactéries qui plus tard souffre de l'action de ses produits et est remplacé par un autre groupe plus résistant aux acides. Cette conclusion est corroborée par les résultats publiés dans la 2^e édition allemande des « *Micro-organismes de la bouche* » : l'analyse d'un mélange de nourriture et de salive resté en contact durant 4 jours, a donné les résultats suivants : acide lactique libre : 0,404 ; — acide acétique libre : 0,156 ; — acide acétique combiné : 0,139. Il m'a semblé que l'acide lactique se formait d'abord, l'acide acétique ensuite ; des expériences actuellement en cours me permettront, je l'espère, de résoudre ce point intéressant.

Dans une troisième expérience, j'ai pris seulement un milieu alcalin, dont j'ai ajouté 4 cc. d'une solution à 10 0/0 à 96 cc. d'un mélange de pommes de terre et de salive mêlés ensemble de façon à former une fine émulsion. Les résultats ont été les suivants : la réaction alcaline du début est indiquée par le signe — (moins).

	Unités acides dans 5 cc.	Bactéries.
Au commencement.....	— 6 1/2	125
Après une 1/2 heure.....	— 6	
Après 1 h. 1/4.....	— 3	235
Après 1 h. 3/4.....	0	
Après 2 h. 1/4.....	3	1.550
Après 3 h. 1/4.....	8	
Après 4 heures.....	10	3.000
Après 5 heures.....	12	3.000
Après 6 heures.....	13	3.000
Après 7 heures.....	13	1.300
Après 8 heures.....	15	650
Après 23 heures.....	20	185
Après 29 heures.....	22	55
Après 32 heures.....	25	90
Après 52 heures.....	30	29
Après 78 heures.....	33	750

Nous remarquons encore dans ce tableau une très rapide augmentation de l'acidité dans les premières heures ; il n'y a pas de seconde période définie de production d'acide. Si ces résultats sont confirmés par d'autres expériences actuellement en cours, nous saurons que, lorsque de la nourriture imprégnée de salive alcaline se logera entre les dents ou dans des cavités de caries, il se produira un développement plus rapide de bac-

téries que si la salive est acide ; l'alcali est rapidement neutralisé, ou même il y a un léger degré d'acidité égal ou un peu supérieur à celui qui se produirait si, dès le début, la salive était acide. L'excès d'acide est peu élevé, et son action est amoindrie par le fait de l'afflux continual de salive alcaline. Pourtant il ne pourra être tenu compte de ce dernier élément que durant le jour et pour les cavités superficielles. Durant la nuit et pour les cavités profondes, le rôle de cette salive alcaline venant contrebalancer l'acidité de fermentation n'aura aucune importance.

Pour conclure, nous dirons que les caries se produiront aussi facilement dans une bouche dont la salive est alcaline que dans une bouche dont la salive est acide. Ce résultat est d'accord avec les preuves données par les statistiques et explique que les opinions sont partagées sur le point de savoir si la réaction acide est plus favorable à la production de la carie que la réaction alcaline. Il est entendu que tout ce qui précède ne se rapporte qu'aux cas non pathologiques où la réaction alcaline ou acide n'est pas très intense.

Il existe des cas où la réaction acide des liquides buccaux est pathologiquement si intense que son influence destructive sur les dents est très prononcée : j'ai eu récemment à soigner un garçon de 40 ans dont toutes les dents supérieures présentaient, non seulement sur leurs faces proximales des caries profondes, mais encore montraient sur leurs faces labiales un émail blanc et décalcifié à une profondeur variant d' $\frac{1}{4}$ à $\frac{3}{4}$ de millimètre. Sur la bicuspidie supérieure gauche, l'émail est extérieurement rongé et la dentine, complètement à nu, est également décalcifiée à une grande profondeur. La décalcification est de telle nature et située de telle sorte qu'il est impossible qu'elle ait pu être produite uniquement par la fermentation des aliments. Les sécrétions buccales de ce malade sont très peu abondantes, mais elles sont très fortement acides.

Un fragment de dentine ramollie a été extrait d'une de ses cavités cariées, et des coupes en ont été faites. Une coupe a été colorée par la méthode de Gram : nous la reproduisons planche I, fig. 4¹.

On y voit le degré de pénétration relativement faible des micro-organismes caractéristiques d'une carie aiguë produite dans un milieu très franchement acide.

D'un autre côté, une salive franchement alcaline aura une influence protectrice sur toutes les faces libres des dents et sur les cavités trop peu profondes pour retenir des débris alimentaires.

Preiswerk base l'existence de caries alcalines sur le fait que des acides, en agissant sur l'émail, font ressortir la striation de ses prismes. J'ai cependant plusieurs coupes de dents décalcifiées par les acides et dans lesquelles il n'y a pas de striation (V. planche I, fig. 2 et 3). L'absence de stries n'exclut donc pas l'action des acides.

4^o L'intensité de la fermentation dans les mélanges de salive et d'aliments.

Dans les « micro-organismes de la bouche », j'ai indiqué que la quantité maximum d'acide lactique qui pouvait se former dans des solutions

1. Les dessins originaux du *Dental Cosmos* ont été réduits de moitié.

PLANCHE I.

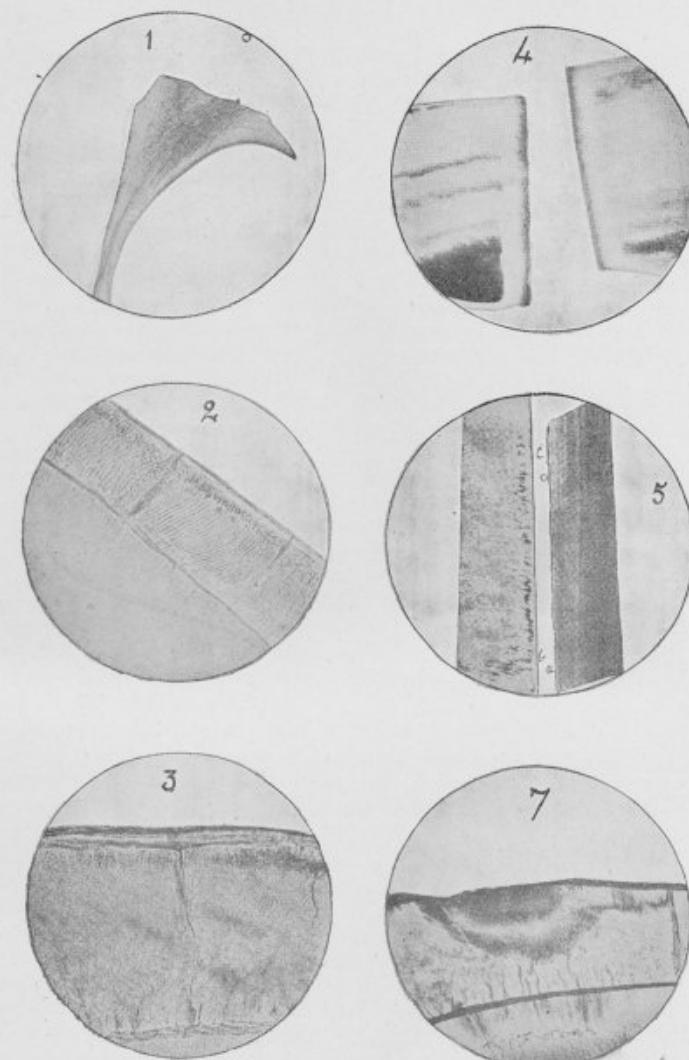


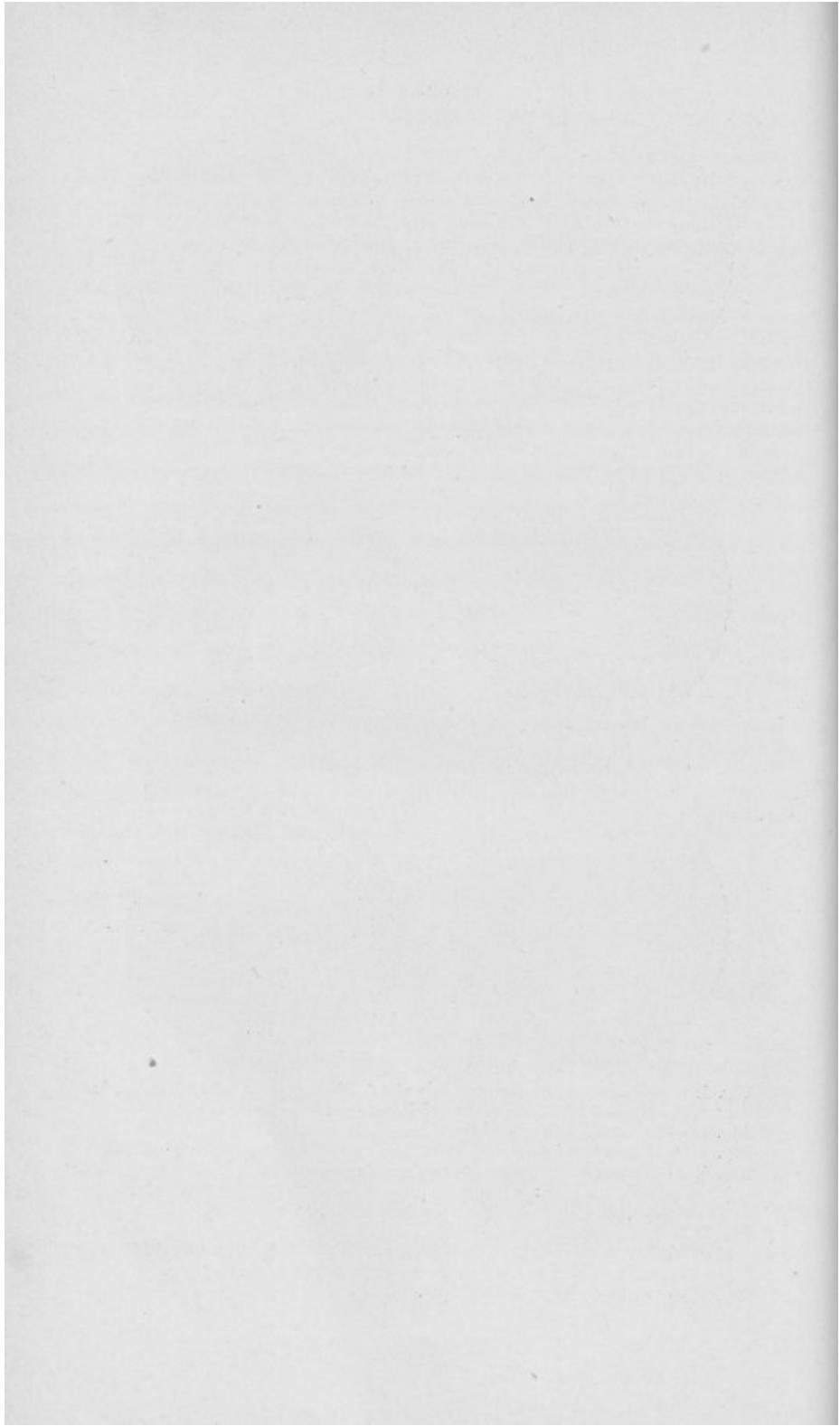
Fig. 1. — Dentine d'un cas de carie très aigüe, démontrant la faible invasion des bactéries et les faibles changements histologiques.

Fig. 2. — Décalcification superficielle de l'émail sans striation.

Fig. 3. — Pénétration totale de l'émail par l'acide sans apparence de striation.
Fig. 4. — Coupes de dentine exposée durant deux jours à l'action d'une solution à 10/0 d'acide lactique : à droite, la solution d'acide lactique était saturée de sel de chaux ; il y a peu de différence dans le degré de la décalcification.

Fig. 5. — Fragments d'ivoire protégés par une couche de matière grasse en *a*, et de térébenthine en *b*. Les lignes noires indiquent le degré de décalcification qui est beaucoup plus accentué dans les extrémités non protégées *c*.

Fig. 7. — Caries étendues sans plaque.



d'aliments hydrocarbonés était de 0,75 pour 100; ce chiffre a été confirmé par d'autres auteurs. De récentes expériences m'ont démontré toutefois que dans des mélanges de salive et d'aliments, particulièrement du pain, il se produit une fermentation beaucoup plus active et une acidité plus grande que dans de simples solutions d'hydrocarbonés dans du bouillon ou dans la salive. Le fait est définitivement prouvé par l'expérience suivante : 5 cc. d'un mélange de pain et de salive, une quantité égale d'une solution à 2 0/0 de sucre de raisin et d'une solution à 0,2 0/0 de glycogène dans de la salive ont été mis en étuve dans des récipients de verre.

An bout d'une heure, le mélange pain-salive présentait une réaction acide très nette. Il fallut une durée de quatre heures pour provoquer la même acidité dans la solution de sucre de raisin. La solution glycogène ne montra qu'une trace d'acidité, et par la suite elle devint alcaline. Au bout de quatre heures, la réaction du tube pain-salive fut complètement acide.

Dans une autre expérience, trois tubes recevront chacun 5 cc. d'un mélange de pain et de salive, tritürés finement dans la bouche. Dans l'un, j'ajoutai 2 0/0 de glucose ; dans l'autre, 0,5 0/0 de glycogène ; le troisième resta tel quel. Je plaçai ces trois tubes dans une étuve et je surveillai attentivement la fermentation : il ressortit de cette expérience que l'adjonction de glucose ou de glycogène n'avait aucune influence sur l'intensité de la fermentation ni sur la quantité d'acide fabriquée en vingt-quatre heures.

Au bout de trois jours, j'ai souvent trouvé une quantité d'acide ayant un pouvoir neutralisant pour le bicarbonate de soude équivalant à une solution d'acide lactique à 2 0/0.

Nous pouvons conclure de ces recherches que l'intensité et la rapidité de la fermentation des débris alimentaires dans la bouche sont très grandes et indépendantes de petites quantités d'hydrocarbonés solubles qui peuvent être présents dans la salive.

5^e L'action anti-acide des sels calcaires de la salive.

Dans l'*Indépendant Pratictionner* de 1886 (p. 536), j'ai déjà parlé de cette question que l'on peut reprendre à nouveau. Les sels de chaux ont la réputation d'être anti-acides et de neutraliser les acides de la carie : cela n'est que partiellement exact. Le carbonate de chaux est anti-acide, mais le phosphate calcique, qui constitue la plus grande partie des sels calcaires des dents et de la salive ne l'est pas. Ajoutez à une solution faible d'acide lactique autant de phosphate de chaux que l'acide pourra en dissoudre, et l'on verra au papier de tournesol que la solution est aussi acide qu'auparavant. Le pouvoir décalcifiant de la solution est amoindri, mais il n'est pas détruit.

J'ai suspendu des fragments de dentine dans une solution à 1 0/0 d'acide lactique et dans une solution saturée de phosphate de chaux, et j'ai trouvé (V. planche I, fig. 4) qu'il n'y avait aucune différence dans l'action décalcifiante.

La quantité de sels de chaux contenus dans la salive est très variable,

ainsi que l'on peut s'en rendre compte en considérant les variations des dépôts de tartre sur les dents.

D'après Frerichs, Jacobowitsch et Herter, la quantité de sels inorganiques normalement contenue dans la salive humaine est de 0.17 0/0, une fraction, environ 10 0/0, étant formée de sels de chaux. Si l'on ajoute à un mélange de pain et de salive une préparation contenant dix fois cette quantité de sels calcaires, sous forme de 0.075 0/0 de phosphate de chaux, et 0.025 0/0 de carbonate de chaux, on constate que la préparation n'a aucune action sur la marche de la fermentation ou sur la production d'acide. Pour moi, l'action anti-acide des sels de chaux de la salive est nulle sur l'évolution de la carie.

6^e *L'action des hydrocarbonés fermentescibles en solution dans la salive comme cause de caries.*

J'ai discuté ce point dans le *Dental Cosmos* (p. 694, 1903), en établissant que les hydrocarbonés fermentescibles existent dans la bouche après tout repas dans lequel sont entrés des hydrocarbonés, mais que ni le glycogène ni tout autre hydrocarbonée fermentescible n'apparaît normalement dans la salive en quantité suffisante pour influencer l'éclosion et la marche de la carie. Si, en sortant des glandes salivaires, la salive contenait assez d'hydrocarbonés fermentescibles pour jouer un rôle dans le processus de la carie en fermentant dans la bouche, il serait facile de déceler expérimentalement leur présence. Le patient dont on veut examiner la salive devra, après s'être lavé la bouche, cracher 5 à 10 cc. de salive, qui seront filtrés puis placés dans l'étuve. S'il y a assez de glycogène pour influencer le cours de la carie, la salive présentera au bout de quelques heures, une réaction acide.

Une solution de glycogène filtrée demeure opalescente; un mélange de salive et de 0.1 0/0 de glycogène est, après filtration, opalescent. Si la salive contenait assez de glycogène pour permettre une fermentation acide, le produit de filtration serait encore nuageux. Or j'ai constaté que la salive sort claire du filtre aussi bien lorsqu'elle appartient à une bouche remplie de caries que quand elle provient d'une bouche indemne de toute carie. Au contraire, la salive vieille est nuageuse, même quand elle est filtrée, et cela résulte du grand nombre de micro-organismes qu'elle contient.

Tout semble donc prouver qu'aucune substance fermentescible du groupe des hydrocarbonés se trouve dans la salive en quantité suffisante pour influencer la marche de la carie dentaire.

(A suivre.)

APPLICATION DE LA COURONNE DAVIS AU BRIDGE WORK¹

H. J. Combs, Chicago.

La prise des empreintes, l'établissement des moules et contre-parties doit se faire avec la *Dental Lac*; cette cire qui remplacera le métal rendra l'opération plus facile.

On l'emploie avec l'estampeur représenté fig. 1. En refroidissant elle

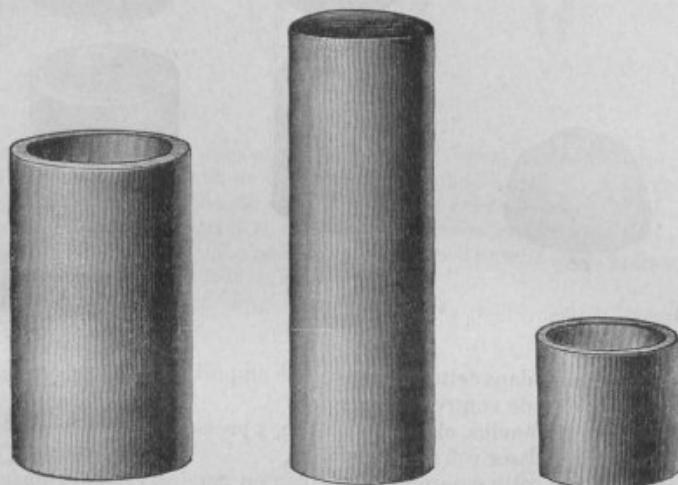


Fig. 1.

durcit vite et convient particulièrement à la méthode que nous allons décrire.

On emploie les couronnes Davis pour les bridges.

Prenons un cas comprenant par exemple la canine, et les incisives latérale et centrale supérieures droites.

On coupe les racines juste au-dessous des gencives et on les taille un peu en biseau en en retirant l'émail, puis on en prend l'empreinte afin de pouvoir estamper les coiffes. On prend cette empreinte avec un morceau de cire à faire les plaques d'essai que l'on presse suffisamment pour marquer bien nettement le pourtour de la racine.

On coule le plâtre dans l'empreinte en cire, on enlève la cire et on taille la racine aussi loin que la partie libre de la gencive pourra per-

1. Extrait de l'*Items of interest*.

mettre de placer la bague métallique. Une bague étroite est préférable.

Sur le modèle en plâtre de la racine (fig. 2, a), on répandra un peu de savon en poudre pour empêcher l'adhérence de la laque car il est néces-

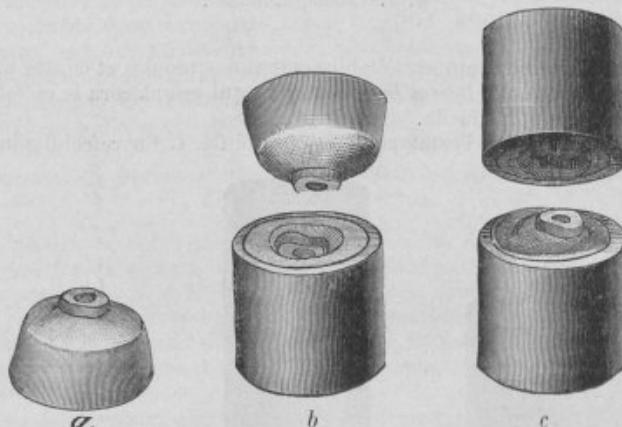


Fig. 2.

saire de prendre dans cette substance une empreinte très nette qui servira de moule et de contre-partie.

En faisant ces moules, chauffer la laque, y presser le modèle en plâtre de la racine et laisser refroidir (fig. 2, b).

Répandre sur cette empreinte du savon en poudre. Chauffer ensuite une contre-partie en laque, et après s'être saupoudré les doigts de poudre de savon, en faire un cône que l'on presse contre l'empreinte laissée par le modèle en plâtre (fig. 2, c).

Ceci termine la préparation des moules.

On place ensuite sur la contre-partie une plaquette de platine, épaisseur 34 à 36 (soit 2 ou même moins de la filière française) et on l'estampe avec l'appareil fig. 1 en utilisant le tampon de caoutchouc mou.

Cette coiffe faite, on l'estampe sur le moulage de la racine, puis on la porte dans la bouche pour bien finir l'adaptation s'il est nécessaire.

On perce alors un trou dans la coiffe et on y place le pivot que l'on soude (fig. 3, a). On peut employer avec avantage le pivot de la couronne Davis en le coupant juste au-dessous de l'épaulement, la partie à laquelle reste fixé l'épaulement devant servir pour fixer la couronne (fig. 3, b). Si la direction du canal de la racine le permet on peut employer le pivot entier (fig. 3, c). Pour cela il est nécessaire de placer les coiffes sur les racines et de mettre également pivots et couronnes Davis aussi bien que possible dans leurs positions respectives.

On place ensuite un peu de cire molle sur la partie du pivot qui pénètre dans la racine ; on fixe le tout en place (fig. 3, d), et tout est prêt pour prendre l'articulation et l'empreinte.

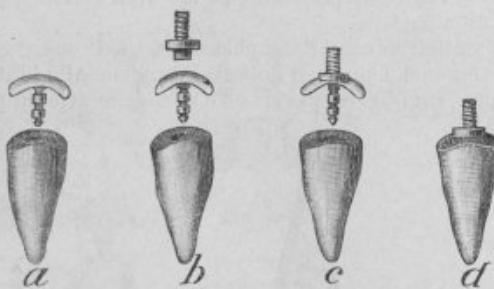


Fig. 3.

Afin de faciliter le déplacement pour les opérations de soudure, mettre un peu de cire molle autour du pivot et à l'intérieur de la coiffe avant de couler le plâtre. Choisir les couronnes convenables, en meuler le collet et, si nécessaire, la surface d'occlusion en prenant toujours soin de réserver de la place pour une épaisseur d'or suffisante pour bien supporter la pièce une fois finie.

Afin que la cupule qui supportera la couronne pénètre bien dans l'es-

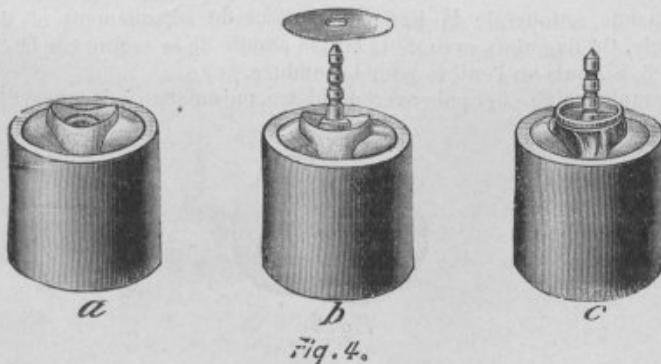


Fig. 4.

pace approximal, on creusera un peu la canine sur la surface approximale distale. Ceci forme un feston d'or et permet à la soudure que l'on emploiera pour joindre les cupules de reposer directement sur une partie de la coiffe, ajoutant ainsi à sa force.

Pour terminer la canine, presser la partie supérieure dans la laque et estamper la cupule sur la porcelaine (fig. 4, a). Fixer le pivot avec l'épaulement dans la couronne en ayant soin de bien placer l'épaulement dans le retrait qui doit le recevoir.

Pour la cupule, employer une rondelle d'or à 22 k., épaisseur 2, y percer un trou, la presser fermement sur la partie saillante du pivot et de la couronne et l'y estamper en place avec l'appareil décrit (fig. 4, c). Il peut être nécessaire de polir un peu les arêtes vives pour s'assurer d'une adaptation parfaite.

Souder ensuite le pivot à la cupule (fig. 5, a). Prendre garde que la soudure ne vienne à couler au delà de l'épaulement à l'intérieur de la cupule, cet accident n'arrive pas si l'on a soin de mettre un peu de blanc

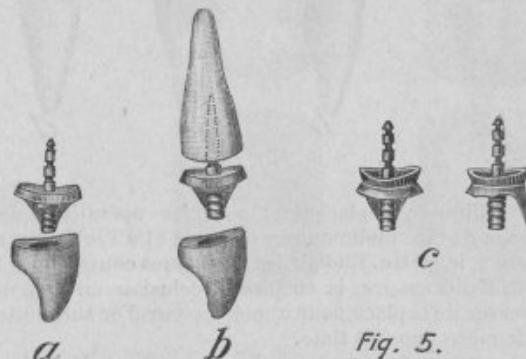


Fig. 5.

d'espagne autour de la ligne de contact de l'épaulement et de la cupule. On fixe alors avec de la cire la cupule de la racine sur la coiffe (fig. 5, b), puis on l'enlève pour la soudure.

Remplir coiffe et cupule avec du plâtre, puis mettre à découvert leurs



Fig. 6.

surfaces jointes ensemble pour que le jet de flamme puisse les atteindre (fig. 6).

Au cas où l'on ne réussirait pas à couler la soudure sur toute la base de la coiffe, on peut le faire en l'enlevant du plâtre et, la tenant avec des précelles, en coulant de la soudure sur la partie non couverte.

Replacer la couronne sur la cupule (fig. 7) et mettre en place sur le modèle.

Après avoir procédé ainsi pour les deux dents formant les assises du pont, on fait de même pour les dents intermédiaires.

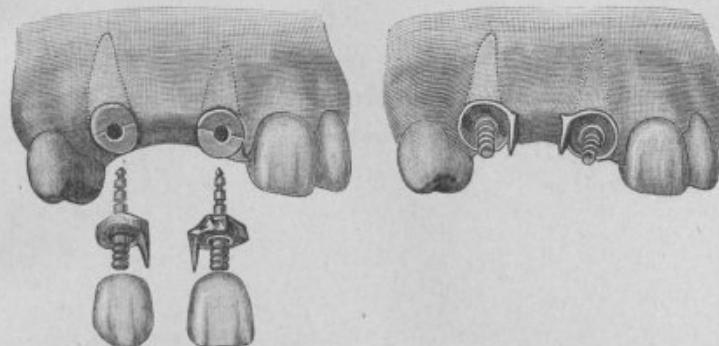


Fig. 7.



Fig. 8.

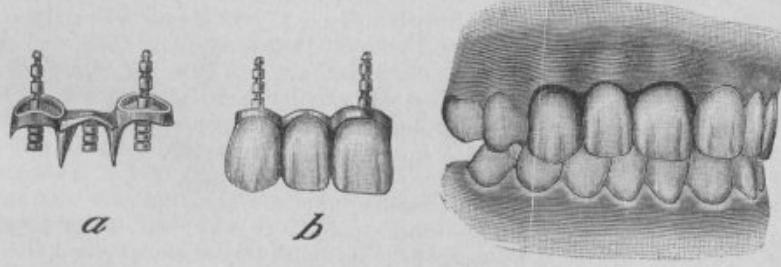
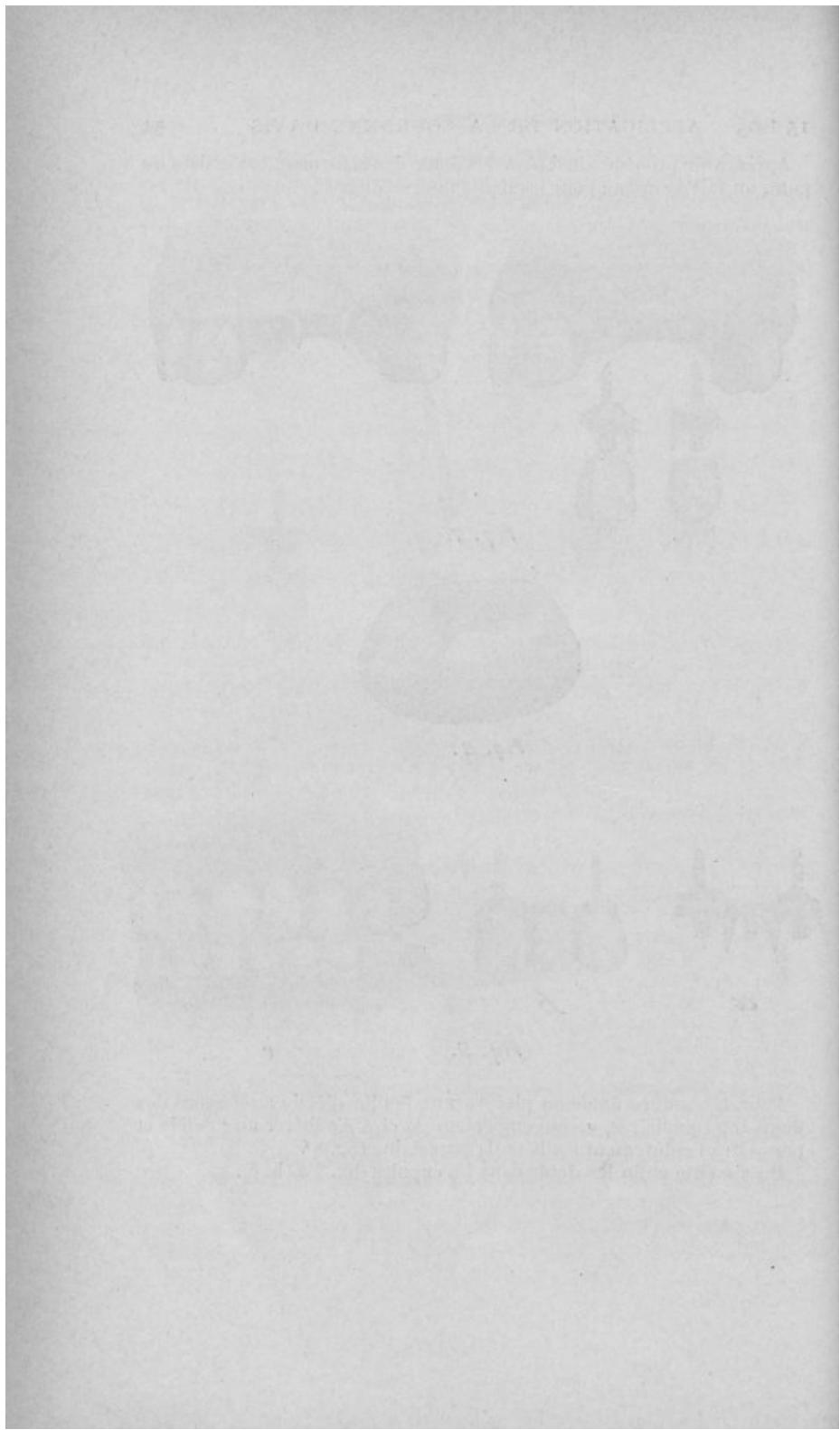


Fig. 9.

c

Pour la soudure finale on placera une feuille d'étain au-dessous des dents intermédiaires, ce qui empêchera la cire d'adhérer au modèle et permettra l'enlèvement facile de la porcelaine (fig. 8).

On cimente enfin les dents dans les cupules (fig. 9 a. b. c).



*-----
*-----
Chronique professionnelle.
*-----
*-----

RÉUNION PROFESSIONNELLE DU 11 DÉCEMBRE 1904

La Fédération dentaire nationale, l'Ecole dentaire de Paris, la Société d'Odontologie, l'Association générale des dentistes de France et la Section d'Odontologie de l'Association française pour l'avancement des sciences, avaient organisé en commun une journée professionnelle pour permettre à leurs délégués à Saint-Louis et à Grenoble d'exposer leurs rapports, tout en mettant à la disposition de leurs membres une série de démonstrations pratiques où quelques procédés nouveaux de technique opératoire seraient appliqués. Cette réunion professionnelle a eu lieu le 11 décembre à l'Ecole dentaire de Paris ; un certain nombre de dentistes étrangers, parmi lesquels nos amis de Belgique étaient représentés par MM. Baruch, Igel, Quatermann, Sterpenich, s'étaient groupés auprès de très nombreux dentistes de province et de Paris. Depuis longtemps pareil empressement ne s'était manifesté en vue d'une réunion purement scientifique, et il est vraiment agréable de constater que le grand amphithéâtre de l'Ecole était trop petit pour contenir tous ceux qui s'étaient déplacés le soir pour entendre les rapporteurs. Que dire de l'affluence des confrères aux démonstrations pratiques organisées durant la matinée, si ce n'est que le succès des opérateurs a été considérable et que les félicitations ne leur ont pas été ménagées. Ce que l'on ne peut exprimer, c'est la grande cordialité, la franche camaraderie qui n'a cessé de régner : il s'agissait bien d'une véritable fête de la grande famille dentaire, et les sociétés qui l'ont organisée n'ont qu'à se féliciter de leur initiative : le succès a été tel qu'on ne peut que les engager à répéter de temps à autre ces réunions où l'amitié resserre les liens qui doivent unir les membres de toute la profession.

Cette journée était divisée par le programme en trois parties : chacune d'elles a eu son charme, son intérêt et son succès personnel.

La matinée a été consacrée à des démonstrations pratiques qui ont eu lieu dans la grande salle de dentisterie opératoire. Autour des fauteuils d'opération, des gradins, disposés en demi-cercles, permettaient aux assistants de suivre, dans ses moindres détails, toute la démonstration sans gêner l'opérateur ; ces gradins, que l'on inaugurerait, ont été très appréciés de tous, et il nous est agréable de remercier notre excellent confrère, Sauvez, qui nous a généreusement donné cette nouvelle installation.

M. Platschick, avec sa haute autorité, a montré toutes les applications des fours électriques pour la cuisson de la porcelaine ; il a fait valoir les avantages du pyromètre qui permet de suivre et de régler la marche de cette cuisson.

M. Sauvez a fait toute une série d'injections de stovaine, qui ont montré les qualités de ce nouvel agent anesthésique.

M. Morrisson a construit une aurification dans une cavité trituro-mésiale d'une prémolaire supérieure : le fond de la cavité a été construit avec de l'or non recuit ; le reste de la masse a été monté avec de l'or passé à la flamme, sans contact direct.

M. Touvet-Fanton a montré les avantages que l'on peut retirer de l'emploi de son appareil *fretteur sertisseur*, pour décortiquer les racines destinées à être encerclées : son succès a été très mérité.

M. Masson, après avoir montré quelques modèles sur lesquels des bridges amovibles ont été construits d'après les règles édictées par Peeso, a expliqué les diverses phases de leur construction. Puis il a construit une aurification avec un maillet électrique et l'or de Erbst.

Je n'ai pas l'intention de rendre compte ici dans tous leurs détails de ces diverses démonstrations : nous en publierons prochainement le compte rendu détaillé : chacun pourra se rendre compte des méthodes employées et des avantages qui peuvent résulter de leur application courante.

Commencées à 9 h. 1/2, ces démonstrations ont duré jusqu'à 11 h. 45 : elles ont toutes été suivies avec attention et chaque démonstrateur a dû répondre à un grand nombre de confrères qui voulaient se documenter sur tel ou tel point qui, à premier examen, avaient échappé à leurs yeux.

Pour faire passer agréablement les heures qui séparaient la fin des démonstrations de la séance où les rapporteurs devaient rendre compte de leurs missions respectives, les dentistes parisiens avaient organisé, en l'honneur de leurs confrères étrangers et provinciaux, un banquet au restaurant de la Madeleine, boulevard de la Madeleine. Ce banquet, qui mériterait plutôt le nom de déjeuner amical, avait réuni plus de cinquante convives, la cordialité la plus gaie et la plus franche n'a cessé d'y régner. Autour d'une longue table, couverte de fleurs, on a devisé sur l'avenir de la profession et la nécessité d'organiser fréquemment de semblables réunions. Au dessert un très grand nombre de toasts ont été portés : rappeler les termes de ces toasts me ferait sortir du cadre qui m'a été tracé ; ce qui ressort clairement de toutes les pa-

roles prononcés, c'est que, entre les dentistes de tous les pays, entre les dentistes de Paris et de la province, il existe une union absolument intime, une communauté de vues tout à fait identique : les dentistes resteront unis pour sauvegarder leurs droits et pour garder leur autonomie : ils travailleront pour augmenter sans cesse le patrimoine scientifique de l'Odontologie ; l'art dentaire appartient au dentiste et c'est par lui qu'il progressera. Que l'on ait entendu Baruch, au nom des dentistes belges ; Monnin, Brodhurst, Vichot, Rigolet, au nom des dentistes de province, l'on est convaincu que tous ont un même idéal, que tous poursuivent un même but, que les paroles de Godon, Martinier, Sauvez, Bonnard, Delair, Frey, Touchard, Robinson, Hugot de Flamergues et de moi-même, ont tour à tour défini et expliqué. La communauté d'idées et d'aspirations est absolue entre les dentistes de province et ceux de Paris : la cordialité qui a présidé au banquet, les termes des toasts qui y ont été portés en sont une preuve irrécusable. Il existe autour de l'Ecole dentaire de Paris et de la Fédération dentaire nationale une source d'énergies et d'émulations que les attaques de nos adversaires ne font que développer et consolider.

Nous ne parlerons pas du succès matériel du banquet : tous les convives ont été unanimes à reconnaître que jamais ils n'avaient été plus délicieusement traités.

Vers quatre heures du soir, le grand amphithéâtre de l'Ecole dentaire était absolument rempli d'auditeurs ; chacun fut attentif et ne manqua pas de témoigner aux rapporteurs ses sympathies par de nombreux applaudissements.

Délégué au Congrès de Grenoble par les groupements qui gravitent autour de l'Ecole dentaire de Paris, j'ai dû prendre le premier la parole. J'ai brièvement rappelé notre très récente et très grande victoire au soin de l'Association française pour l'avancement des sciences, qui, reconnaissant l'importance et la valeur des travaux présentés par les dentistes à chacune de ses réunions annuelles, nous a prouvé sa sympathie en érigeant notre sous-section en une Section d'Odontologie. A Cherbourg, cette année, les dentistes seront, dans les assises de l'A. F. A. S., au juste rang qu'ils doivent occuper ; l'Odontologie a conquis sa place et elle a sa section comme l'hygiène, la chirurgie, la géologie, l'astronomie, etc. Je ne rappellerai pas ici les avantages moraux et matériels que nous allons retirer de cette transformation ; je les ai déjà énumérés dans un article de *L'Odontologie* (15 octobre 1904, p. 397). J'ajouterais cependant que nous avons déjà pris place dans l'administration de l'A. F. A. S., qui, pour cette année, a désigné pour nous représenter dans son conseil, les anciens présidents de nos divers congrès, MM. Godon, Sauvez, Delair, Pont et le président actuel, M. Martinier. Nous nommerons nous-mêmes à Cherbourg nos cinq délégués au conseil d'administration de cette grande association.

Des félicitations ont été adressées à tous ceux qui ont collaboré à cette victoire et des remerciements ont été votés aux membres dirigeants de l'A.F. A. S. qui nous ont aidé de leur toute-puissante autorité.

M. Godon, que la Fédération dentaire nationale avait délégué pour la représenter à la Fédération dentaire internationale, pendant qu'il acceptait encore de représenter l'Ecole et la Société d'Odontologie aux diverses manifestations dentaires organisées à l'occasion du Congrès de Saint-Louis, a ensuite rendu compte de sa très importante mission.

« Née à Paris en 1900 au milieu de l'enthousiasme des 1200 congressistes venus de toutes les parties du monde, la F. D. I. a reçu l'année suivante dans la vieille Université de Cambridge, le baptême scientifique que lui donnait l'éminent professeur de physiologie, le député vice-chancelier, Michaël Foster qui sut nous amener à dégager la véritable formule philosophique qui devait préciser et limiter l'action de la Fédération dentaire internationale pour en faire le *grand conseil consultatif de la dentisterie mondiale*.

» Puis, en 1902, à la Faculté de médecine de Stockholm, sous la présidence du professeur Linstrom, on y discute les conditions du meilleur programme d'éducation dentaire internationale ; en 1903, à Madrid, à l'Académie royale de médecine, sous la présidence du ministre de l'Instruction publique, on continue avec le meilleur programme d'enseignement et les conditions d'organisation des services dentaires publiques.

» Enfin, à Saint-Louis, la Fédération dentaire internationale termine à l'ombre du 4^e Congrès dentaire international, avec lequel elle se confond, cette admirable campagne de cinq années pendant laquelle à travers le monde, on a poursuivi l'étude des grands problèmes intéressant l'évolution de la science odontologique de tous les pays, comme vous pouvez le voir par les comptes rendus officiels que nous déposons sur le bureau.

» Ainsi, pendant ces cinq années, a grandi lentement la Fédération dentaire internationale, étendant ses racines dans les couches de plus en plus profondes de la vie professionnelle de chaque pays, couvrant de ses branches protectrices de plus en plus grandes et de plus en plus nombreuses les manifestations dentaires mondiales. Elle continuera à grandir et l'avenir déverrouillera, j'en suis sûr, l'œuvre que nous avons créée, car nous laissons un programme de travail assez vaste pour occuper plusieurs sessions avec la bibliographie internationale, la nomenclature, le code de déontologie, etc. qui achèveront l'organisation professionnelle internationale qui a été son premier programme ; elle entreprendra en outre son programme nouveau avec l'organisation scientifique internationale qui doit en faire un véritable congrès dentaire permanent.

» Dans notre vingtième siècle, c'est un organisme nouveau

» nécessaire non seulement à la dentisterie mondiale mais à la
» vie professionnelle et scientifique en général que ces fédérations
» internationales.

» Lorsque les hommes sont réunis dans ces grandes assises
» pacifiques que sont les expositions universelles et les congrès,
» tout au bonheur d'échanger leurs idées, de se communiquer le
» résultat de leurs travaux ou de leurs recherches, ils oublient les
» barrières politiques et géographiques qui les séparent pour ne
» penser qu'à s'unir en ces grandes fédérations internationales
» que l'on voit chaque jour plus nombreuses se constituer dans
» toutes les branches de l'activité humaine et qui se réunissent
» maintenant périodiquement sur des points divers du globe. »

M. Godon énumère ensuite les principales modifications qui ont été introduites dans le fonctionnement et l'administration de la F. D. I. Il rappelle que son nouveau conseil exécutif est composé de cinquante membres avec une commission permanente de neuf membres ; que ce conseil exécutif a pour président : le professeur Miller, de Berlin ; pour vice-présidents : MM. Sauvez et Weiser ; pour secrétaire, le professeur Kirk et pour trésorier, M. Aguilar. Il annonce que l'on s'y est activement occupé de l'organisation des services dentaires dans les écoles et dans l'armée, qu'une commission y a été créée pour étudier les diverses législations dentaires dans tous les pays, etc.

La réunion de Saint-Louis a établi les statuts qui régiront la F. D. I., statuts que nous reproduisons plus loin en anglais et en français (V. même numéro, page 000) et que nous faisons suivre d'une pièce officielle, dite *statement*, qui résume en quelques lignes l'histoire de la F. D. I. et les nombreux travaux auxquels elle a participé depuis sa fondation.

Les applaudissements répétés de toute l'assistance ont justement récompensé M. Godon de ses efforts en ce qui concerne non seulement l'organisation et les travaux de la F. D. I., mais encore la part qu'il a prise dans toutes les manifestations scientifiques de Saint-Louis, où il a su faire apprécier l'enseignement et le fonctionnement de l'Ecole dentaire de Paris.

M. Platschick a succédé à M. Godon pour rendre compte de la mission qui lui avait été confiée par le groupement de l'Ecole dentaire de Paris et il a donné lecture d'un long et intéressant rapport sur la prothèse dentaire aux Congrès de Saint-Louis et de Toronto.

Ce qui a caractérisé surtout le Congrès de Saint-Louis en ce qui concerne la prothèse, c'est le grand nombre de démonstrations :

« Il y a eu, dit le rapporteur, plus de cent démonstrations de
» prothèse, en comprenant dans ce nombre tous les travaux en
» porcelaine, depuis la simple obturation jusqu'aux couronnes et

» aux bridges, ainsi que d'autres travaux en métal et en caoutchouc. »

Un peu plus loin, M. Platschick écrit :

« A Saint-Louis, c'est la porcelaine qui prime dans toutes ses applications : couronnes, bridges et surtout obturations. La céramique comprend la moitié des communications et la grande majorité des démonstrations. Les travaux spéciaux en or, couronnes et bridges, viennent ensuite ; les pièces à plaque métalliques et en caoutchouc ont été presque entièrement négligées. »

Relativement à la valeur scientifique des communications et des démonstrations, M. Platschick exprime l'avis que le Congrès de 1900 a été sensiblement supérieur à celui de Saint-Louis ; la prothèse n'y a vu aucune de ces démonstrations magistrales qui avaient éclairé d'un brillant éclat notre Congrès de 1900 ; en revanche, le Congrès de Saint-Louis a été tout à fait remarquable en ce qui concerne la vulgarisation des procédés et des tours de mains simples, mais utiles.

« J'ai vu démontrer au Colyseum Building, la façon de faire une bague, celle de plaquer une dent et autres procédés tout à fait élémentaires d'atelier, dont aucun dentiste français ne songerait à faire des sujets de démonstration. J'y ai entendu des questions si naïves de la part de l'assistance, des explications si détaillées sur des méthodes ordinaires de laboratoire, que j'aurais presque douté de la culture prothétique des Américains, si je n'avais pas compris que toutes ces questions et explications échangées comme entre professeur et élèves étaient dues au vif désir d'augmenter ses connaissances pratiques. »

Nous devrions à notre tour entrer résolument dans cette voie de vulgarisation des procédés qui nous semblent parfois d'une extrême banalité, et il nous est agréable d'entendre M. Platschick, retour de Saint-Louis, nous déclarer que tout dentiste aux Etats-Unis ne craint pas de venir montrer à ses confrères le plus minime détail de pratique qu'il a pu imaginer ; c'est dans cette collaboration intime et constante que consiste l'unification d'une science et les dentistes français n'ont qu'à imiter leurs confrères américains en donnant à leurs collègues communication de leurs tours de main les plus insignifiants. Après avoir donné quelques détails sur le Congrès de Toronto, M. Platschick adresse d'ailleurs aux dentistes de notre pays cet appel qui ne manquera pas d'être entendu :

« La France dentaire ferait bien, en imitant l'Amérique, de prêter une plus grande importance et un plus vif intérêt aux démonstrations pratiques, soit dans ses Congrès, soit dans les

» réunions de ses associations. Bien des praticiens ont eu l'occasion d'apporter une amélioration, un perfectionnement quelconque qui mériterait d'être connu ; beaucoup de dentistes possèdent des procédés, ou tout au moins un tour de main qui leur est propre, et qui tout en n'étant pas d'un intérêt capital, devrait être vulgarisé. C'est pourquoi il est bon que chacun fasse profiter ses confrères de sa propre expérience et indique sa façon d'opérer. C'est là une œuvre utile et profitable pour le plus grand nombre, car le progrès professionnel dépend aussi de la vulgarisation des petites innovations utiles. »

Dès que les applaudissements prolongés qui ont salué le rapport de M. Platschick ont pris fin, M. Sauvez a pris la parole pour la garder durant plus d'une heure et demie, sans manifester la moindre lassitude et sans qu'un seul instant l'auditoire n'ait montré la plus légère défaillance d'attention et d'intérêt. Ce n'est pas un rapport que notre excellent confrère a lu, mais toute une série de documents professionnels, dont l'aridité n'a pu transparaître tant la simplicité du style, et l'abondance des anecdotes attrayantes a constamment charmé l'auditoire.

Au cours de son rapport, M. Sauvez a rappelé les diverses récompenses obtenues par l'Ecole dentaire de Paris, par la Fédération dentaire nationale, par MM. Michaëls, Martinier, Martin et Delair, et il a déposé sur le bureau de l'assemblée la splendide médaille d'or qui a été décernée à l'Ecole dentaire de Paris à l'exposition de « Colyseum Building », médaille dont le caractère artistique est hors de pair et dont le module dépasse 8 centimètres.

Tout d'abord M. Sauvez expose le schéma d'une ville américaine avec ses blocs de maisons, séparés par des rues perpendiculaires les unes aux autres, ses moyens ultra-rapides et ininterrompus de communications, dont les plus populaires sont les cars qui se succèdent à des intervalles de moins d'une minute. La maison américaine avec ses multiples ascenseurs et ses nombreux étages, les chemins de fer américains avec leurs wagons si confortables, la nourriture et la vie de l'hôtel, les services télégraphiques et téléphoniques, rien n'a échappé à l'observation de notre confrère, qui nous rend compte de tout ce qu'il a vu avec abondance de détails, souvent amusants, toujours instructifs. Il nous parle de ces grands bâtiments dans lesquels de très nombreux membres d'une même profession habitent porte à porte, et il nous cite l'exemple d'une seule maison où il a compté plus de quarante-sept médecins. Comme nous voilà loin de nos mauvaises coutumes françaises, où le locataire interdit à son propriétaire de louer dans le même immeuble un local à un individu exerçant une profession identique !

Le chapitre du rapport de M. Sauvez qui traite de la vie du dentiste aux Etats-Unis n'a pas moins intéressé l'auditoire. Là-bas, nos confrères ne travaillent que de 9 heures du matin à 5 heures du soir, mais durant ce temps rien ne les distrait : ils travaillent pour produire sans

perdre un instant. Leur installation se compose d'une salle d'attente et d'un ou deux cabinets d'opération, le tout meublé sans aucun luxe. Le dentiste habite presque toujours la campagne.

« C'est ainsi que le professeur Kirk habite aux environs de Philadelphie, un petit village, appelé Landsdone, où demeurent également Cryer, Turner et un certain nombre de membres de l'Université de Pensylvanie. On se réunit le soir pour bavarder longuement de l'avenir de la profession américaine, de l'enseignement dentaire, des articles parus dans les nombreux journaux professionnels, etc. »

Les Etats-Unis, continue le rapporteur, ne comptent pas moins de soixante-cinq Ecoles dentaires, qui sont toutes bien aménagées ; le diplôme y est délivré après trois années d'études, et ensuite le diplôme d'Etat est décerné au postulant.

« Il n'y a, pour ainsi dire, que des dentistes comme professeurs et comme examinateurs à l'Ecole et aux épreuves d'Etat ; presque toutes les écoles sont ouvertes toute la journée. »

Les soins y sont le plus souvent payés par les malades, tout au moins en ce qui concerne les aurifications, les couronnes et les bridges ; mais le paiement de ces soins est fait directement à l'administration de l'Ecole, sans que l'étudiant ait à en connaître.

« Les Américains arrivent à créer dans leurs écoles un esprit spécial, que l'on pourrait appeler *esprit dentaire* ; les élèves comprennent que, étant donné le nombre des dentistes dans leur pays (32.000 pour 80 millions d'habitants) il ne suffit pas d'arriver péniblement au diplôme requis par l'Etat ; ils savent que, s'ils ne connaissent pas parfaitement le travail que les clients leur demanderont, ils n'arriveront pas à gagner leur vie..... L'excellent esprit qui règne est dû aux relations constantes des professeurs avec les élèves, aux bons rapports de courtoisie et de confraternité qu'ils entretiennent les uns avec les autres, aux rapports des professeurs avec les très nombreuses associations d'étudiants, aux leçons de correction et de déontologie que les élèves reçoivent à l'Ecole. »

Il nous faudrait reproduire complètement cette partie du rapport de M. Sauvez pour montrer à nos lecteurs les excellentes relations de parfaite confraternité qui existe chez les dentistes américains, relations qui s'engagent dès l'Ecole et qui ne font que se développer par la suite.

Un peu plus tard, M. Sauvez revient sur le dentiste et ses habitudes : il nous le montre parfait gentleman, d'une tenue irréprochable, d'une correction de langage absolue, et il nous parle de la séparation très

nette des diverses branches de notre art. Dans toutes les grandes villes américaines, il y a des spécialistes pour chaque partie de l'odontologie ; c'est ainsi que Angle ne fait que des redressements, Peeso des bridges, tel autre des aurifications, tel autre de la porcelaine ; chacun envoie à son confrère spécialisé les malades qui relèvent de sa spécialité. C'est sans nul doute dans cette spécialisation systématique qu'il faut rechercher la raison d'être de la supériorité de certains de nos confrères américains, dont l'ensemble n'est pas d'un niveau supérieur au nôtre, mais qui présente quelques opérateurs hors de pair.

La place me manque pour analyser dans ses détails le remarquable rapport de M. Sauvez : il nous aurait fallu le reproduire en entier ; nos lecteurs y auraient puisé plus d'un renseignement utile. De ce très documenté travail, M. Sauvez tire les conclusions suivantes :

« Nous devons tâcher de développer notre enseignement pratique, et cesser de dire : le moins d'élèves possible. Au fur et à mesure que le nombre des dentistes augmentera, le nombre des malades qui se feront soigner les dents s'accroîtra ; c'est là la vérité qu'il faut répandre.

« A ceux qui viennent dire que la profession dentaire est perdue en France parce qu'il y a déjà trop de dentistes, je répondrai : le pays où la profession dentaire est la plus remarquable et la plus élevée comme niveau moyen, c'est l'Amérique ; or il y a là-bas 32.000 dentistes, soit dix fois plus que chez nous, bien que la population ne soit que double de celle de la France. Le plus grand nombre n'entraîne pas la médiocrité, bien au contraire : je n'en veux pour preuve que le corps médical français qui est le plus nombreux, mais qui, sans conteste, présente le niveau scientifique le plus élevé.

« A ceux qui reprochent aux écoles de soigner des malades pourtant payer une somme modique, je répondrai qu'il est impossible de faire des aurifications, des couronnes, des bridges, des émaux et de la prothèse dans les écoles, si l'on accepte de soigner uniquement les malades nécessiteux des hôpitaux. Ce n'est pas sur eux, j'imagine, que l'on peut apprendre à faire des bridges ou des porcelaines, car ils sont ou trop malades ou trop malheureux pour perdre leur temps. »

Et pour terminer, le rapporteur fait un puissant appel à l'union :

« Il faut que nous soyons intimement unis, sans distinction de sympathie ou d'antipathie personnelles, sans distinction de ville ou de clocher ; il faut que les organisateurs des écoles consacrent tout le temps qu'ils peuvent donner à la profession en dehors de leur clientèle pour perfectionner l'enseignement, en écartant systématiquement toute idée de politique profession-

» nelle ou autre, de façon à donner à leurs élèves le grand exemple
» de l'union et de la confraternité. »

De longs applaudissements accueillent la fin de ce remarquable rapport.

La journée s'est terminée dans la grande salle de dentisterie opératoire, où des projections lumineuses, admirablement organisées par la maison Caumont, ont fait passer sous nos yeux les diverses phases du voyage de nos délégués, les principaux édifices de l'Exposition de Saint-Louis, les plus beaux monuments de Chicago, de Philadelphie, etc. Cette partie de la journée, où les yeux ont été charmés et instruits à la fois, a obtenu un succès considérable.

Les assistants se sont séparés non sans avoir félicité vivement les organisateurs de cette brillante manifestation professionnelle, qui a resserré plus vivement encore les liens unissant les membres de notre grande association et qui a prouvé une fois de plus la raison d'être et la vitalité de la Fédération dentaire nationale, sous la bannière de laquelle sont groupés la plupart des groupements dentaires.

E. FRITEAU.

CONGRÈS DE BALE

Le Congrès de Bâle qui s'est tenu les 17, 18 et 19 décembre 1904 a été un grand succès et il est vraiment regrettable que si peu de Français se soient rendus à l'appel des organisateurs.

Ce Congrès avait été organisé par quatre sociétés américaines et suisses : 1^o l'American Dental Association of Switzerland ; 2^o la Zahnärztliche Gesellschaft in Basel ; 3^o la S. W. Section des Centralvereins in Amerika Graduirter Doctores der Zahnheilkunde et 4^o l'European Advisory Boards Association.

M. Bryan est président de chacune de ces sociétés et on a fêté ses vingt-cinq années de pratique en dentisterie à cette réunion qui a été un grand succès pour lui et la juste récompense des efforts considérables qu'il avait faits pour assurer la réussite du Congrès.

Chaque congressiste en arrivant à Bâle recevait, pour la somme modeste de 20 francs, une carte du Congrès et des fêtes ; cette carte donnait droit non seulement à assister à toutes les démonstrations cliniques et aux communications du Congrès, mais encore elle lui donnait droit à quatre repas et à une soirée au théâtre des Variétés de Bâle. Ces repas ont été tous pris en commun et la plus grande cordialité n'a cessé de régner entre les congressistes, qui étaient au nombre de cent environ et qui venaient de tous les points de l'Europe.

Les séances avaient lieu à l'Hôtel de Ville et les assemblées générales ont été tenues dans la superbe salle de réunion du Conseil municipal sous la présidence du professeur Burckhardt, conseiller du Gouvernement ; M. Bryan a présidé le commencement du Congrès, tandis que notre frère, Guye, de Genève, en a présidé la fin.

La séance d'ouverture a eu lieu le samedi 17 décembre à 10 heures et, après les discours d'usage, la nomination des présidents étrangers, parmi lesquels j'eus l'honneur d'être choisi, la séance commença par la lecture d'un mémoire des plus intéressants dû à M. von Bunge, professeur de physiologie à l'Université de Bâle, sur l'étiologie de la carie. Dans ce travail, l'auteur attache une grande importance à la santé des parents comme facteur de la carie pour les enfants et surtout il parvient, par suite de recherches personnelles très intéressantes, à montrer l'influence de l'allaitement maternel ou artificiel sur la calcification des dents futures. Il arrive à démontrer que l'allaitement par la mère assure des dents plus riches en sels minéraux et par suite plus résistantes à la carie. Il montre de même l'influence de l'alcoolisme des parents sur la nature des dents des enfants. Ce mémoire est rempli de documents, de statistiques et de considérations de physiologie très intéressantes et très utiles à connaître.

M. Vernon Knowles, d'Angleterre, a donné également lecture d'un mémoire des plus intéressants sur le somnoforme et les autres anesthésiques qu'il lui compare. Il résulte de son travail que le temps nécessaire pour endormir un malade par le protoxyde d'azote est en moyenne de 55 secondes et que la durée de l'anesthésie obtenue est en moyenne de 30 secondes. L'anesthésie est obtenue par un mélange de protoxyde d'azote et d'oxygène au bout de 110 secondes en moyenne et la durée de l'anesthésie ainsi obtenue est en moyenne de 44 secondes. Le temps nécessaire pour endormir avec le chlorure d'éthyle serait en moyenne de 50 secondes et la durée de l'anesthésie obtenue par ce corps serait de 77 secondes. Enfin, le somnoforme, au dire de l'auteur, amènerait l'anesthésie au bout de 20 à 25 secondes et l'anesthésie ainsi obtenue durerait de 90 à 100 secondes.

Si ces chiffres sont exacts, il en résulte que le somnoforme est l'anesthésique général qui endort le malade le plus rapidement et qui, d'autre part, produit l'anesthésie la plus longue.

M. Vernon Knowles a présenté également un masque spécial pour l'anesthésie qui est un perfectionnement du masque de Robinson. La vessie est remplacée par un sac de caoutchouc qu'on peut faire bouillir avant l'anesthésie et il existe un dispositif spécial empêchant absolument les débris de verre cassé au moment où l'on brise les ampoules de pénétrer par l'inhalateur.

L'auteur a fait au Congrès une série d'anesthésies par le somnoforme avec ce masque et a obtenu d'excellents résultats.

Parmi les communications qui ont été le plus remarquables, nous citerons la communication de M. Godon sur le travail, l'organisation et le but de la F. D. I., communication dont j'ai donné lecture en remettant aux membres du Congrès une série de brochures sur la F. D. I. et en leur donnant des explications complémentaires ; la communication de M. Spaulding, de Paris, sur le traitement des perforations des racines ; la communication très remarquable et très intéressante de M. Paul Guye, avec démonstrations pratiques sur la radiologie dentaire ; la communication de M. Corning, de Bâle, professeur à l'Université, sur les préparations anatomiques de la région de la face, avec projections ; la communication de M. Jenkins, de Dresde, sur la porcelaine en prothèse ; enfin, une communication intéressante, avec démonstrations et modèles, sur les couronnes de porcelaine opposées aux couronnes d'or faite par notre ami, M. Grosseintz, de Bâle, qui est venu il y a quelques années à Paris faire des démonstrations de cataphorèse à l'Ecole dentaire de Paris.

Je ne puis, dans ce court article, que citer les communications auxquelles j'ai assisté mais je dois dire qu'elles étaient toutes très intéressantes et que tous les congressistes en ont été ravis.

Je dois une mention particulière à deux communications qui m'ont

spécialement frappé : l'une de M. A. Körbitz, de Berlin, sur un nouvel articulateur, qui est un perfectionnement de l'articulateur de Bonwill et de l'articulateur de Christensen. Cet appareil extrêmement simple, facilement démontable, permet d'assurer tous les mouvements possibles et il est muni d'un véritable condyle artificiel qui se rapproche de celui de l'articulation temporo-maxillaire anatomique. Je crois que cet articulateur, dont M. Körbitz présentait le premier modèle au Congrès de Bâle, réalise un progrès considérable sur les appareils analogues employés jusqu'ici et qu'il est réellement basé sur des considérations anatomiques logiques qui en font un instrument d'avenir.

De même, le professeur Redard, de Genève, nous a présenté un nouveau moyen d'anesthésie générale qui paraît extrêmement curieux. Il consiste simplement à faire fixer au sujet une ampoule électrique bleue qui est placée à 15 centimètres de ses yeux, de façon à ce que les deux rayons visuels concordent vers cette ampoule. Celle-ci est munie d'un réflecteur semi-sphérique pour concentrer les rayons au foyer. On recouvre la tête du malade d'un voile bleu et lorsqu'il a fixé ainsi l'ampoule électrique pendant 4 ou 5 minutes, on peut, après avoir enlevé le tout, pratiquer une ou deux extractions sur le malade absolument anesthésié. L'auteur Redard dit lui-même qu'il n'obtient pas de résultats certains, mais environ 600/ode succès. En tout cas, la méthode est simple, peu dispendieuse à installer et on ne risque rien à l'essayer. J'ai eu l'occasion d'en causer à plusieurs congressistes qui l'avaient déjà essayée et qui s'en étaient fort bien trouvé.

La plupart des auteurs qui ont fait des communications ont fait également des démonstrations pratiques et des présentations. M. Bryan a présenté une série de modèles très intéressants montrant la plus grande partie des cas de prothèse en face desquels se trouve le praticien et la façon de résoudre ces divers problèmes. Sa collection, parfaitement organisée comprenait une série de trois modèles. Le premier représentait la mâchoire du sujet avant le traitement ; le deuxième montrait la bouche préparée et le troisième montrait la bouche avec les appareils en place. Après avoir examiné cette collection, on avait une excellente idée de la façon de résoudre les divers problèmes qui peuvent se présenter soit pour les bridges fixes, soit pour les bridges démontables, soit pour les bridges à selle.

Enfin, il y avait quelques appareils utilisés par M. Bryan dans sa pratique pour la fixation des dents atteintes de pyorrhée.

Nous avons assisté de même à la fabrication de morceaux d'émail par M. Körbitz, à une communication avec démonstrations pratiques faite par M. Younger, président de l'American Dental Club of Paris.

Nous avons nous-même fait une communication sur l'emploi de la stovaine ; je dois citer, comme travail particulièrement intéressant et

remarquable, les travaux sur les couronnes par M. Muller de Wadensweil.

Je dois dire que les $\frac{8}{10}$ des démonstrateurs étaient D. D. S. et que la plupart des démonstrations ont eu lieu en anglais ou en allemand.

Le premier jour, après les démonstrations et les communications et après un déjeuner en commun, les membres du Congrès se réunirent dans un dîner amical et passèrent ensuite la soirée au Cardinal Théâtre où des places avaient été réservées.

Le dimanche 18 décembre, les communications recommencèrent à 9 heures du matin et la plupart des étrangers furent invités à déjeuner chez les dentistes de Bâle qui leur firent une réception d'une amabilité parfaite.

L'après-midi du dimanche fut consacré à la continuation de la lecture des communications diverses parmi lesquelles je me reprocherais d'avoir oublié celle de M. Preiswerk qui est chargé de la partie dentaire à l'Université de Bâle et qui a fait preuve, dans sa démonstration et dans la discussion, de connaissances très sérieuses et d'un esprit très critique.

Le dimanche soir à 8 heures eut lieu le grand banquet [du Congrès égayé par la musique de la ville et après lequel fut tirée une tombola assurant un lot à chaque congressiste. C'est ainsi que le sort aveugle donna au représentant de la ville de Bâle qui présidait une boîte de caoutchouc à vulcaniser.

La fête se termina vers les 2 heures du matin et le lundi à 9 heures on recommença les démonstrations et les communications pour terminer ce Congrès si parfaitement organisé par un déjeuner en commun.

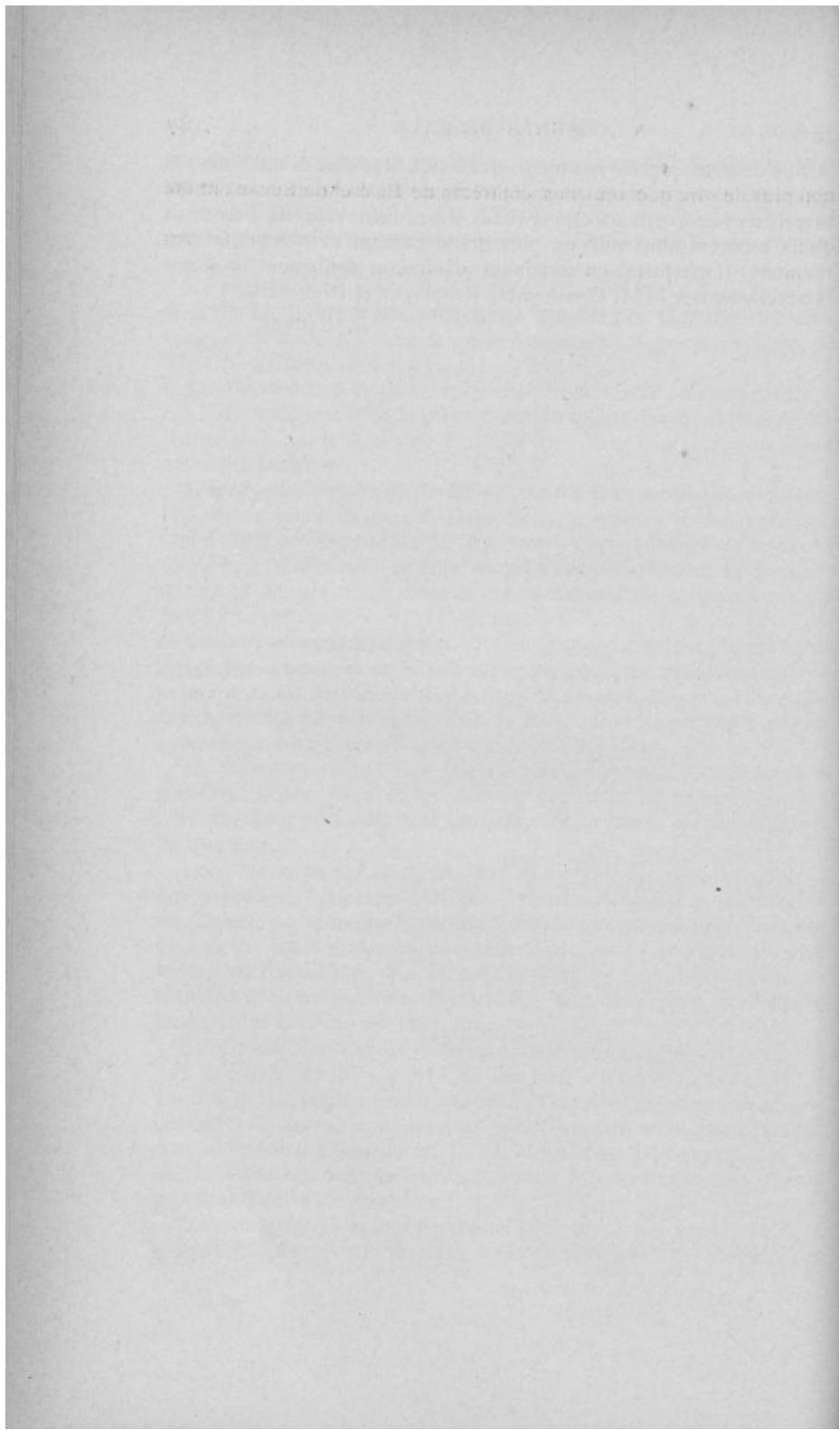
Dans les mêmes locaux de l'Hôtel de Ville de Bâle se trouvait une exposition également fort bien organisée des divers fournisseurs de Suisse ; on remarquait particulièrement les expositions de Klingenfuss de Bâle, montrant une série d'appareils électriques intéressants, les expositions de la maison Kölliker, une exposition de meubles antiseptiques de Heinz, de Bâle, divers ors cristallisés, entre autres celui de Trey, etc.

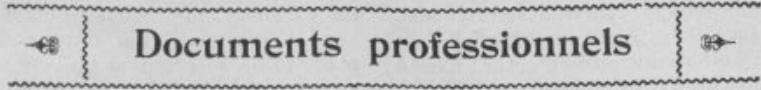
En résumé, après avoir vu beaucoup de Congrès, je n'hésite pas à dire que celui de Bâle a été l'un des plus intéressants auxquels j'ai assisté. Il fait le plus grand honneur à l'esprit d'organisation de nos confrères de Suisse dont un très grand nombre a été chercher aux Etats-Unis le diplôme de D. D. S. et qui dans leur voyage ont acquises des qualités d'organisation qu'ils ont fort heureusement mises à profit dans cette circonstance.

Ce succès est un succès personnel pour M. Bryan et est une juste récompense de ses efforts, nous sommes heureux de lui adresser par

la voie de notre journal nos bien sincères félicitations. N'oublions pas non plus de dire que tous nos confrères de Bâle et de Suisse ont été surpris de voir que nous étions venus si peu nombreux de France et qu'ils espèrent nous voir en plus grand nombre dans leurs futures réunions. Il est juste, en terminant, d'adresser également tous nos remerciements à MM. Grosheintz, Respinger et Preiswerk.

E. SAUVEZ.





Documents professionnels

STATUTS ET RÈGLEMENT DE LA FÉDÉRATION DENTAIRE INTERNATIONALE

**ADOPTÉS PAR LE 4^e CONGRÈS DENTAIRE INTERNATIONAL DE SAINT-LOUIS,
1904**

RULES AND REGULATIONS OF THE INTERNATIONAL DENTAL FEDERATION

**AS APPROVED AT THE FOURTH INTERNATIONAL DENTAL CONGRESS, AT ST. LOUIS,
MO., 1904**

Statuts.

(a) La FÉDÉRATION DENTAIRE INTERNATIONALE est une association ou union universelle des fédérations dentaires nationales et des sociétés ou groupements dentaires qui lui ont donné leur adhésion.

(b) Elle a pour titre « Fédération dentaire internationale » et en abrégé « F. D. I. »

(c) La Fédération dentaire internationale est la commission permanente internationale servant de lien entre les congrès dentaires internationaux.

(d) Elle est administrée par un Conseil exécutif composé de délégués représentant les divers pays. Ces délégués seront nommés par le congrès précédent. Le Conseil organise les diverses commissions jugées utiles pour faciliter le progrès de l'art dentaire à tout point de vue. Il est en même temps un comité consultatif international dentaire.

(e) La F. D. I. se réunit en assemblée générale avant l'ouverture

(a) The International Dental Federation is an association or universal union of national dental societies and those affiliated therewith.

(b) The official title adopted is « Fédération Dentaire Internationale », abridged « F. D. I. »

(c) The International Dental Federation is a permanent international body existing in the interim between international dental congresses.

(d) It is governed by an Executive Council, composed of delegates representing different countries (receiving appointment from the preceding congress). This Council organizes various Commissions that it deems will be beneficial to the advancement of dental science in any of its phases; it is at the same time an advisory committee on international affairs.

(e) The F. D. I. will hold a general meeting preceding the opening

ture des congrès dentaires internationaux.

(f) Le Conseil exécutif et les commissions se réunissent tous les ans. La ville et l'époque à laquelle ces réunions auront lieu seront fixés à la clôture de chaque session.

(g) Vœux adoptés par le 3^e Congrès dentaire international de Paris (1900) dans l'assemblée générale du 14 août, créant la F. D. I. :

« 11. Qu'il soit créé une Fédération dentaire internationale.

» 12. Que les Comités nationaux formés en vue du Congrès actuel continuent d'exister et constituent la Fédération dentaire internationale. »

Réglement.

ARTICLE I. La Fédération dentaire internationale, constituée par l'union des comités nationaux formés en vue du 3^e Congrès dentaire international de Paris, a été créé en conformité des vœux n°s 11 et 12 émis par l'assemblée générale de clôture du 14 août 1900 du dit congrès.

ART. II. La Fédération a pour but :

(a) L'acceptation ou le rejet des invitations faites par les divers pays de tenir un congrès dentaire international; la fixation du lieu et de la date de ce congrès.

(b) Le maintien et l'augmentation des liens qui rattachent les divers comités nationaux les uns aux autres.

(c) L'organisation des diverses commissions internationales qu'elle jugera utile de créer.

(d) D'une manière générale, l'organisation de tout ce qui peut contribuer à l'avancement de la

ning of each international dental congress.

(f) The Executive Council and the various Commissions will hold annual meetings, the time and place to be selected at the close of each meeting.

(g) *Authority creating the F. D. I.:* Resolutions passed by the Third International Dental Congress (Paris, France), August 14, 1900, viz:

« 11. There shall be organized an International Federation.

» 12. The national committees appointed to this Congress will continue in office and will constitute the International Dental Federation. »

Rules and Regulations.

ARTICLE I. The INTERNATIONAL DENTAL FEDERATION was organized by the national committees present at the Third International Dental Congress, at Paris, in 1900, and was created in conformity with Resolutions 11 and 12 passed by the general meeting on the closing day of that Congress, August 14, 1900.

ART. II. The objects of the Federation are as follows :

(a) The acceptance or rejection of invitations made by various countries to hold a regular International Dental Congress, and to fix the date and place where such congress shall be held;

(b) To maintain and strengthen the ties that bind the national societies to each other;

(c) The organization of such International Commissions as it may deem necessary to create;

(d) In a general way, to promote the organization of bodies that will contribute to the advan-

science odontologique dans le monde entier.

ART. III. La Fédération dentaire internationale est composée :

(a) De tous les comités nationaux constitués en vue du Congrès dentaire international de 1900 ou de leurs successeurs.

(b) Des fédérations ou sociétés adhérant aux congrès dentaires internationaux et acceptant ce règlement ou envoyant leur adhésion.

(c) Des sociétés ou fédérations de sociétés qui, par la suite, enverront leur adhésion aux présents statuts et règlement et seront acceptés par le Conseil exécutif.

ART. IV. Les fédérations nationales de sociétés ou, à leur défaut, les sociétés ou praticiens qui désirent faire partie de la F. D. I., doivent envoyer leur adhésion aux présents statuts et règlement. Cette adhésion est examinée par le Conseil exécutif, qui prononce l'admission.

ART. V. L'assemblée générale de la F. D. I., composée des délégués des diverses fédérations ou sociétés, se réunit avant l'ouverture de chaque congrès dentaire international. Elle peut être réunie par le Conseil exécutif en assemblée extraordinaire, en cas de nécessité.

ART. VI. Le Conseil exécutif pourra admettre comme membres de la Fédération.

(1) Des membres régulièrement délégués par les sociétés.

(2) Des membres honoraires.

(3) Des adhérents libres à la F. D. I. ayant été membres d'un congrès dentaire international, et qui enverront leur adhésion aux présents statuts et règlement.

cement of odontological science throughout the world.

ART. III. The International Dental Federation consists of—

(a) All the national committees gathered in Paris in 1900, or their successors ;

(b) Associations or societies giving their adhesion to international dental congresses, and accepting these Rules and Regulations or sending their concurrence in them ;

(c) Societies, or groups of societies, which may officially signify their acquiescence in these Rules and Regulations and which are acceptable to the Executive Council.

ART. IV. National dental associations or societies, or, in the absence of such, persons desiring to become identified with the F. D. I., should send their acceptance of the present Rules and Regulations. Such applications will be acted upon by the Executive Council, who will accept them as members of the Federation.

Art. V. The general meeting of the F. D. I. will take place before the opening of each international dental congress. It will be composed of delegates from national or other societies. Extraordinary meetings may be called for special reasons by the Executive Council.

ART. VI. The Executive Council may admit as members of the Federation —

(1) Members regularly appointed by societies ;

(2) Honorary members ;

(3) Persons in good professional standing who have been members of international dental congresses, and who shall subscribe to these Rules and Regulations,

ART. VII. L'ordre du jour de ces réunions sera fixé par le Conseil exécutif. Il porte sur les propositions émanant soit des fédérations dentaires nationales ou, à leur défaut, des sociétés, soit du Conseil exécutif, et il est communiqué aux fédérations ou sociétés participantes au moins un mois à l'avance.

ART. VIII. Le vote a lieu par délégué régulier. Sur la demande des représentants d'au moins deux fédérations, le vote pourra avoir lieu par fédérations nationales, un vote pour chaque pays.

ART. IX. Les réunions annuelles du Conseil exécutif et de ses commissions sont réglées par les articles précédents.

ART. X. La F. D. I. est représentée par un Conseil exécutif composé comme suit :

(1) Cinquante membres titulaires choisis par le congrès, à raison d'un membre pour chaque pays adhérent au minimum, et de cinq au maximum.

(2) En cas de vacance, par suite de démission, décès ou de toute autre cause, le Conseil demandera à la fédération nationale représentée de pourvoir au remplacement du membre manquant.

(3) Les pouvoirs de Conseil expirent à l'ouverture de chaque congrès dentaire international.

(4) Le Conseil remettra à une commission spéciale nommée par le congrès ses documents et rapports à l'ouverture des congrès internationaux. Cette commission accusera réception par écrit des documents reçus.

ART. VII. The program for these meetings will be prepared by the Executive Council. It will deal with matters emanating from national or other societies, or with questions proposed by the Council. Notices will be sent at least one month before these meetings to all affiliated societies, national or local.

ART. VIII. The right of voting pertains to regularly appointed delegates. Upon the request of representatives of at least two national dental associations, the vote may be taken by the said regularly appointed delegates in the mode of one vote for each country.

ART. IX. The annual meetings of the Executive Council, and of the various Commissions, are governed by the preceding Rules and Regulations.

ART. X. The F. D. I. is composed of an Executive Council, as follows :

(1) Fifty original members, chosen by the congress—that is to say, for each country as a minimum, one member, with a maximum of five members;

(2) In case of vacancy, by resignation, death, or other cause, the Council will ask the respective national dental association to fill the place of the missing member.

(3) The powers of the Executive Council will expire upon the opening of each international dental congress.

(4) The Council will hand over to a special committee appointed by the congress all of its documents and records, at the time of the opening of the congress, said committee receiving for the same.

(5) Le trésorier de la F. D. I. continuera à exercer ses fonctions jusqu'à l'élection de son successeur.

Art. XI. Le Conseil est administré par un bureau ou commission permanente de neuf membres, savoir :

- (1) Un président.
- (2) Trois vice-présidents.
- (3) Un secrétaire général.
- (4) Trois secrétaires.
- (5) Un trésorier.

Le bureau du Conseil fait partie de droit de toutes les commissions, et les dirige jusqu'à la constitution de leur propre bureau.

Art. XII. Le Conseil exécutif a pour mission—

- (a) De veiller à l'exécution du règlement de la Fédération.
- (b) De fixer le lieu et la date des réunions internationales annuelles et des congrès internationaux.
- (c) De réunir les diverses commissions internationales.
- (d) Depoursuivre l'exécution des décisions prises par la F. D. I.
- (e) D'examiner les propositions ou résolutions qui lui sont soumises par les comités nationaux, fédérations ou sociétés.

Le Conseil tient les diverses fédérations dentaires nationales au courant de ses travaux par le Bulletin du Conseil exécutif de la F. D. I., qu'il publiera en quatre langues : français, allemand, anglais et espagnol.

Art. XIII. Le Conseil a déjà nommé les diverses commissions spéciales qui lui paraissent nécessaires :

- (1) Commission de l'Enseignement dentaire.
- (2) Commission d'Hygiène et des Services dentaires publics.
- (3) Commission de la Presse dentaire internationale.

(5) The treasurer of the F. D. I. will hold office until his successor is appointed.

Art. XI. The Council is governed by nine Officers, as follows:

- (1) A president;
- (2) Three vice-presidents ;
- (3) A secretary-general ;
- (4) Three assistant secretaries ;
- (5) A treasurer.

The officers of the Council are *ex officio* members of all Commissions, and will direct them until they are properly organized.

Art. XII. The duty of the Executive Council is—

- (a) To supervise the execution of the Rules of the Federation :
- (b) To fix the place and date of annual meetings, and of International Dental Congresses ;
- (c) To organize various International Commissions ;
- (d) To supervise the carrying out of decisions made by the F. D. I. ;
- (e) To examine propositions and resolutions offered by national committees, associations, or other societies.

The Council will keep all affiliated bodies informed of their work through the Bulletin of the Executive Council, which will be published in four languages, viz, French, German, English and Spanish.

Art. XIII. The Council has already named several special Commissions, as follows :

- (1) A Commission on Education.
- (2) A Commission on Hygiene and Public Dental Service.
- (3) A Commission on International Dental Press.

(4) Commission de Jurisprudence professionnelle, etc.

Le Conseil organisera une commission de Déontologie et une de Nomenclature.

ART. XIV. Les ressources de la F. D. I. sont constituées—

(1) Par les cotisations annuelles de ses membres, qui sont :

Pour les membres du Conseil exécutif, de 50 fr.

Pour les membres des commissions, de 25 fr.

Pour les membres honoraires ou libres, de 25 fr.

(2) Par le reliquat des caisses des congrès dentaires internationaux.

(3) Par les souscriptions, dons ou subventions des gouvernements, municipalités, fédérations nationales, ou individualités.

ART. XV. En cas de déficit, les dépenses de la F. D. I. seront supportées en parties égales par les fédérations ou sociétés adhérentes. L'excédent sera versé à la caisse du congrès dentaire international suivant. Le Conseil exécutif soumettra ses comptes à chaque congrès dentaire international.

ART. XVI. Le Conseil exécutif enverra au Congrès une liste des membres les mieux qualifiés pour suivre les travaux de la F. D. I.

ART. XVII.

(1) Les congrès dentaires internationaux seront organisés par une commission de dentistes choisis de la façon suivante :

Un tiers du nombre de cette commission sera nommé par le Conseil exécutif de la F. D. I. ; les deux autres tiers seront nommés par les groupements faisant l'invitation. Cette commission consti-

(4) A Commission on Dental Jurisprudence.

And it will organize Commissions on Deontology and on Nomenclature.

ART. XIV. The sources of income of the F. D. I. are as follows :

(1) By dues from the members, to wit :

Members of the Executive Council, ten dollars per annum.

Members of Commissions, five dollars per annum.

Honorary members and all others, five dollars per annum.

(2) Appropriations by congresses.

(3) Subscriptions, gifts from governments or municipalities, from national associations, and from individuals.

ART. XV. In case of deficit, the expenses of the F. D. I. shall be provided for by equal assessment on all societies having membership. Any excess above the receipts will be turned over to the next dental congress. The Council will give a detailed statement of receipts and expenditures to every congress.

ART. XVI. The Executive Council will send to the congress during its sessions a list of those members best qualified to carry on the international work of the F. D. I.

ART. XVII.

(1) International dental congresses shall be organized by a committee composed of dentists, who shall be chosen as follows :

One-third of its membership shall be appointed by the Executive Council of the F. D. I. ; the other two-thirds shall be appointed by the inviting dental bodies. The committee so composed shall consist

tuer la commission d'organisation, et tous ses membres auront les mêmes pouvoirs.

(2) A sa première réunion la commission d'organisation nommera un bureau composé d'un président, deux vice-présidents, un secrétaire général, un trésorier.

(3) Le Conseil exécutif de la F. D. I. aura le pouvoir de décider toute question qui pourrait se développer dans la commission d'organisation.

ART. XVIII. Le présent règlement est adopté pour la période comprise entre deux congrès dentaires internationaux réguliers. Il peut être revisé au congrès suivant.

STATEMENT DE LA F. D. I.

La Fédération dentaire internationale ou F. D. I. est née du 3^e Congrès dentaire international. Les résolutions qui lui ont donné naissance ont été adoptées le dernier jour du Congrès de Paris 1900. Tous les représentants des Fédérations dentaires nationales présents à Paris en 1900 désignèrent les membres destinés à former un Conseil exécutif de 7 ou 9 membres. Ce Conseil fut chargé d'organiser diverses commissions ainsi que de déterminer l'époque et l'endroit où devait se tenir le prochain Congrès, après avoir reçu les invitations des diverses contrées.

En conséquence, le Conseil se réunit à Paris le 15 août 1900, à Londres et à Cambridge en 1901, et organisa une Commission d'enseignement et une Commission d'hygiène et services dentaires publics. En 1902, le Conseil vota d'accepter l'invitation reçue de tenir le 4^e Congrès dentaire international à Saint-Louis, Missouri,

titute the Committee of Organization, all the members of which shall have the same powers.

(2) At the first meeting of the Committee of Organization they shall organize and select the following officers of the committee: a president; two vice-presidents; a secretary-general; a treasurer.

(3) The Executive Council of the F. D. I. has full power to decide all questions in dispute arising in the Committee of Organization.

ART. XVIII. These Rules are operative during the periods between regular congresses. They are subject to revision by the succeeding congress.

The International Dental Federation is the child of the Third International Dental Congress. The resolutions creating it were passed on the last day of the congress. All of the representatives of national dental associations present in Paris in 1900 nominated members to be voted upon to form an Executive Council of seven or nine members, which council was to have authority to organize various commissions and also to determine the time and place for holding the succeeding congress after receiving invitations from different countries. In pursuance of its authority it met in Paris in 1900; in London and Cambridge in 1901; and organized a Commission of Education and one on Hygiene and Public Dental Service. In 1902 it voted to accept the invitation to hold the Fourth International Dental Congress in St. Louis, Mo., in August 1904. It organized a Commission on the In-

en aout 1904. Il organisa aussi une Commission de la Presse dentaire internationale à sa réunion de Madrid, 1903. A l'heure actuelle, le Conseil possède trois Commissions importantes s'occupant des problèmes d'éducation, d'hygiène et de presse dentaire internationale. La constitution de cette Fédération implique que sa première période doit finir à l'ouverture du 4^e Congrès dentaire international. Le Congrès prendra les mesures nécessaires pour sa continuation dans la période comprise entre les 4^e et 5^e Congrès dentaires internationaux.

Il rentre dans les pouvoirs du 4^e Congrès dentaire international de déterminer exactement : les statuts et les règlements de la F. D. I. dont le Conseil exécutif soumet la copie ci-jointe à votre approbation, si la deuxième période de la F. D. I. doit être continuée, ainsi qu'une liste des noms des hommes les plus qualifiés pour continuer l'œuvre de la F. D. I. Il est à espérer que le Congrès, dans sa sagesse, pourra organiser et inaugurer une deuxième période de la F. D. I. qui sera encore plus couronnée de succès que la première période actuellement terminée. On pourra voir, par le compte rendu officiel des sessions de 1900-1901-1902-1903-1904 que le Conseil exécutif de la F. D. I. remet au Comité du Congrès, avec les rapports du secrétaire général et du trésorier, l'histoire complète du travail accompli pendant les diverses sessions.

International Dental Press at its meeting in Madrid, Spain, in 1903. At present there are three powerful commissions struggling respectively with problems of education, hygiene, and an international dental review.

The Federation is so constituted that its first period ends with the opening of the Fourth International Dental Congress, and that congress will provide for its perpetuation in the period intervening between the Fourth and Fifth International Dental Congresses.

It is within the power of the Fourth Congress to determine exactly under what rules and regulations (we present copies of rules and regulations for your consideration), and also the names of those who shall carry on this work if the Federation shall be continued during a second period. It is hoped that the congress in its wisdom may see fit to determine to inaugurate a second period for the Federation, and that it may be even more successful than the first.

As you will see by the official records of the sessions of the Congress at Paris, 1900; of the meetings at London and Cambridge, 1901; at Stockholm, 1902; at Madrid, 1903, and at St. Louis, 1904—which we are transmitting to your care together with a report of the secretary-general—you have a complete history of the work accomplished during our various sessions.

Signé :

Le président : CH. GODON.

*Les vice-présidents : A. W. HARLAN, R. WEISER, JOHN GREVERS,
W. D. MILLER.*

Le trésorier : FL. AGUILAR.

Le secrétaire général : E. SAUVEZ.

REVUE ANALYTIQUE

Lemaire F., De l'Unité des Stomatites. (Thèse, Paris, 1904.)

L'étiologie des stomatites n'est plus à rechercher actuellement : c'est pour tout le monde le polymicrobisme buccal. — Mais ce qu'on n'avait pas encore étudié au point de vue général, c'est la marche, l'évolution de ces affections. Or M. Lemaire, dans une thèse inaugurale toute récente très documentée, comble cette lacune.

Dans un exposé concis et clair, il démontre qu'il existe une filiation pathogénique entre les diverses stomatites des auteurs. Elles procèdent l'une de l'autre, se suivent dans un ordre pour ainsi dire mathématique.

La muqueuse buccale enflammée se comporte comme toutes les autres muqueuses de l'organisme, présente des stades caractéristiques de la marche de la lésion : 1^o l'érythème ; 2^o l'exsudat ; 3^o l'ulcération.

A chacun de ces stades anatomo-pathologiques correspondent cliniquement des formes spécifiques bien déterminées. Ces formes varient comme la lésion elle-même. Par exemple, la stomatite ulcéro-pseudo-membraneuse n'apparaît jamais d'emblée, elle a déjà franchi les deux premiers stades de son évolution, l'érythème et l'exsudat : elle fut d'abord une stomatite érythémateuse, puis une stomatite exsudative.

La clinique permet de déterminer dans une certaine mesure pourquoi l'évolution des stomatites varie suivant la virulence de l'agent infectieux et la résistance du terrain. A chaque forme clinique correspondent des signes locaux et généraux, caractéristiques de cette forme.

Donc les stomatites sont soumises à la loi philosophique de l'unité par leur étiologie, leur anatomie et leurs signes

cliniques. La thérapeutique doit s'inspirer de cette donnée.

Enfin les stomatites dites toxiques (argent, arsenic, bismuth, mercure, etc.) sont également soumises à cette loi, car l'agent toxique incriminé n'y joue qu'un rôle tout à fait secondaire.

Ce travail, très intéressant, éclaire d'un jour nouveau la pathologie des stomatites ; il simplifie leur étude jusqu'ici si complexe en démontrant qu'elles ne sont, dans leur multiplicité apparente, que des formes diverses ou mieux des stades différents de la même affection, obéissant à un processus unique, à la loi d'unité et de simplicité qui préside à tous les phénomènes naturels, tant physiologiques que pathologiques. Si certaines réserves doivent être faites sur les conclusions du Dr Lemaire, nous ne pouvons que féliciter l'auteur de son originale et intéressante tentative et nous attendons que des travaux nouveaux viennent confirmer sa théorie de l'unité des stomatites, et développer le programme qu'il soumet dans sa thèse à nos réflexions.

Villar, Un cas de syphilis maligne précoce avec double chancre des lèvres. (*Revue de Stomatologie*, août 1904.)

Il s'agit d'un malade porteur d'un chancre syphilitique de la lèvre inférieure, datant de cinq à six jours. Au bout de quinze jours se produit un ulcère téribant intéressant toute l'épaisseur de la lèvre supérieure. Après frictions mercurielles, guérison en trois mois. Il reste une perte de substance rappelant l'aspect de la lèvre de lapin. Cette lésion est prise pour un lupus tuberculeux. La lésion récidive et s'étend, malgré un nouveau traitement mercuriel interne. Les lèvres, le nez

sont détruits. Elimination d'un gros séquestre du maxillaire supérieur, gommes multiples, carie osseuse. Le traitement ioduré à hautes doses donne une amélioration instantanée ; mais la cavité buccale est restée béante, laissant voir le palais et les fosses nasales ; la salive coule incessamment.

Cette forme maligne précoce démontre l'indication formelle et la nécessité de l'usage précoce des injections hypodermiques de sels de mercure ; elle démontre également les avantages incontestables de l'iode à hautes doses à la période tertiaire de la syphilis.

Oppenheim, Psoriasis vulgaire de la muqueuse buccale. (*Revue de Stomatologie*, août 1904.)

Le malade est un employé âgé de 53 ans, psoriasique depuis l'âge de 20 ans. Outre un psoriasis vulgaire des membres supérieurs et du tronc, le sujet présente sur la muqueuse de la bouche, des plaques essentiellement différentes de celles de la leucoplasie, rondes ou ovales, bien limitées, de couleur gris ou jaune, finement granuleuses à la surface. Elles sont formées histologiquement par unamas abondant de lamelles constituées par l'adhérence de plusieurs cellules épithéliales à noyau. Les papilles sont allongées, infiltrées, formées de petites cellules, les vaisseaux sont dilatés, l'infiltration microcellulaire n'intéresse que les parties superficielles.

Ce cas serait le premier connu, dans lequel une affection de la muqueuse buccale aurait été histologiquement démontrée comme appartenant au véritable psoriasis.

Rodier et Capdepont, Un cas de langue préhensive. (*Revue de Stomatologie*, août 1904.)

Il s'agit d'un malade venu consulter à Lariboisière pour une affection dentaire banale, et présentant en outre une anomalie qui constitue le type de langue préhensive.

Celle-ci présente des dimensions exagérées dans tous les sens. Le patient la replie sur elle-même à sa vo-

lonté et peut saisir avec elle divers objets. Il a toujours eu la langue très longue ; elle reste repliée dans la bouche à l'état de repos et occasionne un léger zézaiement de la parole.

Il est certain que cette flexion de la langue est produite par la contraction des stylo-glosses ; mais ce phénomène ne peut se produire directement et il est nécessaire, pour que ce mouvement de flexion ait lieu, que les génio-glosses se contractent en pressant la langue sur l'arcade dentaire qui sert alors de point d'appui.

Une fillette empoisonnée par la cocaïne. (*Revue odontologique*, juillet 1904.)

Le tribunal correctionnel du Havre a statué en juillet dernier sur un homicide par imprudence pour lequel un médecin de l'hôpital et le pharmacien avaient été poursuivis. Une enfant de six ans avait reçu une injection de cocaïne au 1/50^e au lieu de au 1/500^e (on ne dit pas quelle dose de cette solution avait été injectée et dans quelle région) ; elle est morte quelques minutes après. Le médecin a été condamné à 200 francs d'amende avec sursis. Le pharmacien a été acquitté.

Le tribunal a jugé que le docteur avait manqué aux règles de la prudence en ne vérifiant pas lui-même la solution, qu'il avait laissé préparer la seringue par un garçon de salle et par suite, qu'il était seul responsable.

Le pharmacien a bénéficié du doute, l'ordonnance n'ayant pas été retrouvée et son texte n'ayant pu être établi.

P. Bélavanetz, Action de l'adrénaline sur l'organisme animal. (*Vratch. Gazeta*, 1903, n° 23.)

De ses expériences faites sur des lapins, des chiens et des animaux à sang froid, l'auteur conclut que :

1^o L'élévation de la pression sanguine, provoquée par l'adrénaline, dépend du spasme des vaisseaux par action directe sur les vaisseaux et par excitation du cœur ;

2^o L'adrénaline excite d'abord, puis paralyse les centres des nerfs périphériques ;

3^e L'adrénaline en petite quantité augmente les échanges gazeux, en plus grande quantité, les diminue :

4^e La mort par l'adrénaline est due à la paralysie du centre respiratoire;

5^e L'usage de l'adrénaline à l'intérieur et en injections sous-cutanées doit être prudent, son action étant souvent infidèle ;

6^e La solution varie quelquefois de couleur, mais ne perd pas ses propriétés ;

7^e L'accélération du pouls après une dose d'adrénaline doit être une contre-indication pour une dose nouvelle.

Zusch, *Un cas de noma chez un vieillard.* (*Odontologitch. Obosrénié*, 1903, n° 5, p. 280, d'ap. Mün. Med. W.)

Il est rare d'observer le noma chez un malade âgé de plus de 15 ans. L'auteur a observé un vieillard de 66 ans atteint de cachexie qui présentait une tuméfaction de la joue gauche au niveau des dents molaires. L'examen montra que la bouche était atteinte de muguet. Des lavages antiseptiques furent pratiqués. Puis se montra une érosion qui semblait être provoquée par une molaire et bientôt un noma typique apparut et emporta le malade. L'artéiosclérose étant très développée chez ce malade, l'auteur lui attribue un grand rôle dans la pathogénie de ce cas de noma observé sur un tissu déjà infesté par le muguet.

Partsch, *Rapports entre les maladies des dents et le système lymphatique.* (*Odontologitcheskoë Obosrénié*, 1903, n° 7, p. 358.)

L'auteur étudie les différents groupes de ganglions lymphatiques, sous-mentonniens, sous-maxillaires, cervicaux, etc., au point de vue anatomique et clinique, et affirme que très souvent la palpation des ganglions peut permettre au dentiste de reconnaître quelle dent est malade, car les lymphatiques se rendent, de chaque dent, à des ganglions distincts. De plus, la palpation renseigne encore sur le degré de la lésion : d'après l'auteur, tant que la dent n'est pas atteinte

par la carie au point que la pulpe soit touchée, il n'y a pas possibilité de pénétration de substances infectées dans les voies lymphatiques et les ganglions. Il est vrai que si la gencive présente une inflammation quelconque ou une ulcération, le diagnostic devient plus difficile. L'adénite scrofuleuse se distingue de l'adénite d'origine dentaire en ce que l'on voit, dans la première, plusieurs groupes de ganglions tuméfiés, tandis que la seconde ne se propage jamais.

M. Hertz, *Tuberculose primitive des gencives.* (*Medyyna*, 1904, n° 8, p. 150 et n° 9, p. 172.)

Des cas analogues n'ont guère été signalés que par Morelli et Odenthal ; ils sont très rares. Il s'agit d'un garçon de 16 ans, sans héritité morbide. A 15 ans il présenta en même temps que de la gingivite des ulcérations sur le palais qui guérissent puis réapparaissent. Puis sur les gencives supérieures et inférieures, ulcères recouverts d'un enduit gris-jaunâtre, difficile à enlever. Les dents sont mobiles dans les alvéoles, pas de séquestrès. Le nez est enflammé, douloureux à la palpation et présente une ulcération dans la narine droite. Larynx et poumons sains. Un grand nombre de bacilles de Koch se trouvent dans l'exsudat séro-purulent des ulcères. Malgré le décapage et des attouchements à l'acide trichloroacétique la guérison fut difficile à obtenir. Le malade refusa une thermo-cautérisation et sortit de l'hôpital.

V. Motchan, *Un cas de noma guéri par la lumière rouge.* (*Vrat-chebnii Vestnik*, 1904, n° 15 et 16.)

Il s'agit d'un enfant de 9 ans, présentant des stigmates de dégénérescence, qui fut admis à l'hôpital pour scarlatine, bientôt compliquée de varicelle, rougeole, otite suppurée, etc. 87 jours après son entrée, l'enfant se plaint de mal de dents et 3 jours plus tard apparut une inflammation de la muqueuse sur la gencive inférieure au niveau de la 2^e molaire gauche, puis une ulcération qui s'étendit à la joue et

gangrène. Au microscope, présence de streptocoques et d'autres cocci. 19 jours seulement après le début du noma, on institua la photothérapie locale.

Une petite lampe électrique pourvue d'un verre rouge et d'un réflecteur brûla nuit et jour à une distance de 25 centimètres de l'ulcère. La guérison se produisit très rapidement, laissant seulement subsister une cicatrice rose et lisse.

Drs F. Orta et G. Gualdrini,
Tuberculose linguale. (La Stomatologia, Milan, oct. 1904, p. 10.)

On a des idées assez claires sur les formes de glossopathie qui se présentent dans les maladies du tube digestif, formes qui, au point de vue diagnostic, sont assez délicates à différencier, leurs symptômes restant toujours postérieurs à ceux de l'affection fondamentale et se réduisant tout au plus à une inflammation de toute la muqueuse linguale. Les formes tuberculeuses intéressant la langue sont généralement consécutives à des lésions pulmonaires, mais peuvent aussi constituer les premières attaques du mal.

Les glossopathies se localisent généralement à la racine de la langue et sont toujours accompagnées, sinon précédées, de phénomènes morbides intéressant les ganglions lymphatiques du cou.

« Le nadan » cite un cas de gomme tuberculeuse de la langue dans lequel, sans antécédents héréditaires, la maladie commença par une adénite sous-hyoïdienne, et donna ensuite naissance à deux nodules tuberculeux de la grosseur d'une noix, situés dans le parenchyme lingual. Des traumatismes de la muqueuse linguale peuvent aussi donner lieu à des glossites très localisées et sans importance précise pour le diagnostic.

On ignore si la glossite hypertrophante est un état congestif, un œdème, une inflammation interstitielle, une myosite parenchymateuse, ou, comme certains le croient, une infection microbienne due au streptocoque.

Les gommes tuberculeuses sont plus fréquentes chez l'homme que chez la femme dans la proportion de 88 o/o.

Le pus des ulcères tuberculeux ne montre pas toujours les bacilles spécifiques au microscope, mais son inoculation à un animal produit toujours la tuberculose.

Après cet exposé, l'auteur publie l'observation suivante d'un

Cas de glossite tuberculeuse disséminée. Le sujet a 36 ans, le père mort de maladie ignorée, la mère saine et vivante. Le malade a souffert dans sa jeunesse d'une lympho-adénite au cou, de troubles pulmonaires, de toux fréquente, d'une adénite inguinale suivie de fistule.

Il ressent des douleurs à la racine de la langue rendant la déglutition douloureuse; la langue est un peu tuméfiée et rouge, les amygdales légèrement enflées.

La nuit suivante la langue est enflée au point d'empêcher l'ingestion des aliments et même les lavages. Elle est énorme et cédématueuse, ayant environ quatre fois son volume normal, dépassant de deux centimètres l'arcade dentaire. La muqueuse linguale a sa coloration normale, les papilles sont gonflées.

Au toucher la langue a, surtout sur les bords, une consistance granuleuse très nette. Tous les ganglions de la région sus-hyoïdienne sont fortement tuméfiés; la température donne 38,5, le pouls 88, la respiration 20.

Le lendemain, la tuméfaction des ganglions a diminué mais non celle de la langue. Celle-ci est luisante et présente des taches jaunes.

Douze heures plus tard, tous les phénomènes se sont considérablement accentués, dyspnée très prononcée, dysphagie.

La trachéotomie n'étant pas acceptée par le malade, on pratique des injections sous-cutanées de nitrate de pilocarpine. Le malade respire très difficilement et meurt le lendemain.

A l'examen histologique, les couches épithéliales de la muqueuse ont l'aspect normal, les couches sous-épi-

théliales sont œdémateuses, d'aspect hyalin en certains points. Les fibres musculaires sont bien conservées, mais dissociées, séparées par des espaces clairs, représentant un œdème interstitiel.

Dans ces lacunes sont des éléments cellulaires pourvus d'un abondant protoplasma, avec des prolongements nucléés, ayant assez de ressemblance avec des cellules épithéliales. Les glandes muqueuses de la langue sont très altérées, entre leurs cellules sont des cellules épithéliales, des éléments étrangers et des détritus cellulaires.

L'examen bactériologique est absolument négatif. Malgré cela on peut conclure de façon certaine à une tuberculose disséminée.

Dr Fasoli, Tumeur d'origine dentaire. (*La Stomatologia*, Milan, oct. 1904, p. 18.)

Le sujet est une femme de 93 ans, de bonne constitution, dont les dents ont toujours été saines et ne présentent pas de dépôts de tartre. Depuis trois ans environ elle a ressenti des douleurs dans la région de la dent de sagesse droite inférieure. Une inflammation de la gencive se forma, puis apparut une suppuration qui dure encore.

L'examen montra la gencive très gonflée, rouge et douloureuse, portant deux fistules : l'une en dedans et latérale en un point correspondant à la racine antérieure de la dent ; l'autre sur le bord supérieur de la gencive à environ un centimètre en avant de la couronne de la dent. Près de l'orifice de cette dernière est une petite excroissance dure, rugueuse, brune, qui n'a pas l'aspect d'une racine. La conformation de la dent est normale, mais la pulpe est morte et il y a réaction des tissus profonds.

Par des incisions pratiquées sur les orifices fistuleux on enleva la dent avec le corps dur qui y adhérait, lequel était souillé aux racines et formait une masse ronde, rugueuse, d'un gris foncé, couverte de pus et de dépôts calcaires, de dimensions 12 mm. \times 8 mm.

Après décalcification, ce qu'il en est resté a paru de consistance analogue à celle de l'os, présentant la même coupe cartilagineuse que l'os après décalcification, de couleur jaunâtre mais d'aspect assez différent de l'ivoire.

Par l'examen des coupes au microscope, on constate que la chambre pulinaire est très rétrécie et contient trois petites masses calcaires résultant de stratifications concentriques, fréquentes dans la pulpe des dents malades. Les racines sont normales, les canaux étroits ; tout autour le cément s'est considérablement épaisse, formant une gaine les enveloppant toutes. Ce cément est riche en corpuscules disposés normalement, au contraire le pédoncule reliant la masse osseuse à la dent semble stratifié et ne présente pas de lacunes. La tumeur osseuse elle-même est formée d'un tissu ressemblant au cément, contenant des lacunes de la même grandeur et forme, mais ce n'est pas la disposition caractéristique du cément hypertrophié, il y a confusion entre les couches qui se sont superposées d'un côté et résorbées de l'autre. Cette tumeur est différente de l'os et ne peut être prise pour un restant d'alvéole, car la soudure de l'alvéole aux racines n'a jamais lieu sans l'interposition d'un tissu fibreux.

La tumeur est donc une exostose du cément. (Voir *Salter-Dental Bacteriology and Surgery*. London 1874, p. 129 et *Preiswerk, Atlas-Manuel des maladies des dents et de la bouche*. Ed. française. — Trad. Chompret. Paris 1905.)

Dans le cas présent, l'auteur attribue la formation de la tumeur à une maladie de la pulpe consécutive à une dégénérescence sénile. Le rétrécissement de la chambre pulinaire est physiologique chez les vieillards et la présence des concrétions calcaires prouve des troubles trophiques. Probablement après des troubles dans la circulation et la nutrition, le cément s'est hypertrophié. Il paraît évident qu'il y a eu un travail incessant de concrétion et de résorption depuis de

longues années, puis, par suite d'obstacles dans la nutrition et la circulation, après l'atrophie des tissus ambients, la masse de la tumeur et de la dent a joué le rôle d'un corps étranger contre lequel les tissus ont opéré une action expulsive ; les impuretés venant de la bouche ont pu pénétrer jusqu'à dans les parties profondes pour y déterminer une inflammation et une suppuration chroniques.

H.-CH. FOURNIER.

Talbot, E.-S., *Changements anatomiques dans la tête, la face, les mâchoires et les dents durant l'évolution de l'homme.* (*Dental Cosmos*, novembre 1904, p. 897.)

Dans son évolution l'homme a subi bien des changements. L'angle facial de Camper, Cuvier, etc., ne comprend que les os de la face, mais non le maxillaire inférieur. Les stomatologues doivent l'y comprendre de façon à déterminer ce qui est nécessaire ou non pour améliorer les maxillaires et les dents. Dans ses études de l'étiologie des irrégularités des maxillaires et des dents, l'auteur a simplement étendu la ligne faciale vers le bas au-dessous du maxillaire inférieur. Une ligne imaginaire perpendiculaire s'étendant du bord sus-orbitaire jusqu'au-dessous du maxillaire inférieur indique si le maxillaire est prognathe ou orthognathie. L'auteur étudie alors le nègre actuel du nord de l'Amérique. Il passe en revue diverses causes produisant des arrêts ou des excès de développement chez les enfants : alimentation, surmenage, maladies, affections des parents. L'état de la mère exerce une influence considérable sur le développement embryonnaire de l'enfant. Les facteurs qui jouent dans la lutte pour l'existence le rôle le plus marqué intéressent les relations du cerveau, de la tête et de la face. L'auteur examine en terminant quelques types de face dus à un arrêt de développement.

Peck, A.-E., *Méthode facile d'obturations de porcelaine.* (*Dental Cosmos*, novembre 1904, p. 904.)

L'auteur divise d'abord la préparation de la cavité en 8 classes, suivant la position de la cavité ; il indique ensuite la manière de préparer cette cavité dans chacune des 8 positions. Quant à la porcelaine à employer, il recommande celle qui a été recuite et repulvérisée, car elle est ainsi plus stable que sous forme de poudre primitive. La première cuisson fait disparaître un peu de la matière colorante et après la repulvérisation, elle est plus fine qu'au début et fond à une température beaucoup plus basse, ce qui lui donne sa couleur originale. Ce procédé est le meilleur pour obtenir la nuance sans l'aide d'un pyromètre, car si une différence de quelques degrés dans la première cuisson suffit pour changer la couleur, en préparant la poudre comme il vient d'être dit, ce changement n'est guère à craindre. Cette règle s'applique aussi bien aux corps fusibles à basse température qu'à ceux fusibles à haute température.

Le problème de la couleur est la partie la plus délicate et, à cet égard, la préparation de la cavité joue un rôle considérable, car si celle-ci est peu profonde, le ciment projette une ombre qui détruit l'harmonie. La cavité doit être aussi profonde qu'il est possible, car la porcelaine n'étant pas conductrice, les changements thermiques n'affecteront pas la pulpe et plus la couche sera épaisse, moins il y aura ombre projetée.

Pour prendre l'empreinte, la digue n'est pas nécessaire. Dessécher la cavité, la protéger contre l'humidité, malaxer le ciment, puis introduire le ciment avec une bande d'aluminium, en égalisant la pression. On ajoute un ciment de renforcement, on façonne l'empreinte pour mettre la matrice et l'on continue l'opération.

V. M.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

(Suite.)

- COOPER (H.-C.). Swallowed artificial plate. (*J. Brit. Dent. Ass.*, 1903, xxiv, 142.)
- GRANDALI (W.-G.). Experience of a country dentist with porcelain work. *Dental Cosmos*, xlv, 5, mai 1903, 372-375.
- CRUET. Appareil fixe de redressement et de contention des dents par le cordonnet; mode d'emploi. (*Rev. de Stomat.*, Paris, 1902, ix, 321-330, 4 fig.)
- DÉRUD (F.) et JARRICOT (J.). Inclusion au kaolin des pièces à souder. *L'Odontologie*, xxx, 17, 15 sept. 1903, 277.
- DITTMARR (G.-W.). Matrices. Their construction, application and where indicated. *Dent. review*, xvii, 4, 15 août 1903, 311.
- DOUZILLÉ (G.). Un appareil simple et efficace de dilatation du maxillaire inférieur. *Odontologie*, xxx, 30 sept. 1903, 347-354.
- DUNOGIER (S.). Deglutition of a voluminous prosthetic appliance. *Bull. med. de la clin. St-Vinc. de Paul*, mai 1903. Anal. in *Dental Cosmos*, xlv, 8, août 1903, 674.
- EVANS. W. WARRINGTON. The possibilities of prosthetic dentistry from an esthetic point of view. *Dent. Cosmos*, xvii, 8, 15 août 1903, 695.
- FRENCH (E.-C.). Prosthetic dentistry. *Dental review*, xvii, 1, 15 janv. 1903, 27.
- GERBOLINI (G.). Ancora sull'applicazione del Coffer-Dam nella pratica operatoria. *La Stomatologia*, i, 10 juin 1903, 621-624.
- GIBSON (Kasson C.). Correction of a case of upper anterior protrusion. *Dental Cosmos*, xlv, 9, sept. 1903, 698-700.
- GLOGAU (E.-A.). Ueber Kronen, Brücken und Zahnschienen. (*J. f. Zahnh.*, 1902, xvii, 11-13.)
- GOROCHOW (D.-E.). Traitement auto-plastique d'une malformation de la mâchoire. (*Chirurgia*, 1902, xii, 642-649.)
- GORMLY (T.). Articulation and articulators. *Dental Cosmos*, xlv, 7, juill. 1903, 532-535.
- GOSLEE (H.-J.). Taking the Bite. *Dental review*, xvii, 6, juin 1903, 508.
- GOSLEE (Hart J.). Principles and practice of crowning teeth. Cl. Ash and Sons, London, 1903.
- GRIFFITH. Dental metallurgy. London, 1903, in-8°, 233 p.
- HAAS. Zahregulierung mittelst doppelndiger Gumumisschurchen an metallringen. *Oesterr. Zeitschr. f. Stom.* 4, 1903, 124.
- HEDSTRÖM (G.). Preparation af gipsformar till vulkanisering af hautschuk for att undvika s. k. kokud. *Odont. Tidskrift*, 2, 1903, 108.
- HERBST (E.). Ueber Kiefergelenkregulierung. *Deutsche Zahnärztl. Woch.* 36, 1903, p. 529.
- HERBST (E.). Passive Zahngeregulierung. *Deutsche Zahn., Woch.* 35, 1903, p. 513.
- HERBST (E.). Ueber Gelenkbildung bei Zahn, resp. Kieferregulierung. *Deutsche Monatsschr. f. Zahnärzte*, 10, 1903, 554.
- HERBST (E.). Richtapparate. *Deutsche Zahnärztl. Woch.* 27, 1903, p. 394.
- HEYDENHAUSS. Apparate für Kiefererweiterungen und Zahngeregulierungen. *Deutsche Monatsschr. f. Zahnärzte*, 1, 1903, p. 51.
- HOPKINS (Anna). Orthodontia from the standpoint of the student. Amer. Soc. of Orthodontists. In *Dental Cosmos*, xlv, 2, févr. 1903, 131.
- HOW (W. Storer). Dentored dentures. *Dental Cosmos*, xlv, 10, oct. 1903, 785-790.
- JARVIS (R.-D.). A plea for more artistic work in dental prothesis. (*Brit. J. Dent. Sc.*, 1902, xlv, 459-461.)
- JUNG (C.). Lehrbuch der zahnärztlichen Technik. Leipzig et Wien, 1904. Deuticke édit.

JUNKERMAN (G.-S.). Modern use of soft tool. Dental register, janv. 1903. Anal. in *Dental Cosmos*, xlv, 3, mars 1903, 236.

KAMENSKY (B.). L'aluminium dans la technique odontologique. (*Zoubovr. Vestn.* 1902, xviii, 705-709.)

KAMENSKY (B.). Les dents à pivot d'après le procédé de Faustus. (*Zoubovr. Vestn.*, 1902, xviii, 552-553.)

KORBITZ (A.). Die Befestigung von Porzellanfüllungen. (*J. f. Zahnh.*, 1902, xvii, 119, 123, 8 fig.)

KRINSKY (M.-S.). Les dents à pivots confectionnées à l'aide des dents diatomiques. (*Zoubovr. Vestn.*, 1903, xix, 378-381, 3 fig.)

KUNERT (A.). Ueber die Selbstregulierung des Gebisses. *Deutsche Mon. f. Zahnh.* 7, 1903, p. 337.

LAND (Ch.-H.). Porcelain dental art. *Dent. Cosmos*, xlv, 6, juin 1903, 437-444.

LAND (Ch.-H.). Porcelain dental art. N° ii. *Dental Cosmos*, xlv, 8, août 1903, 615-620.

LATZE AND WEISL. An improved and simple method of taking impressions of the mouth. *Oesterr-Ungarische Vierteljahrsschrift f. Zahnteilkunde*, janv. 1903. Anal. in *Dental Cosmos*, xlv, 4, avril 1903, 323.

LAW (W.-J.). An improved form of the Lennox matrix clamp. Quarterly circular, mars 1903, 1-2.

LEGER-DOREZ (H.). La porcelaine en art dentaire. (*Monde dent.*, 1903, xvii, 53-55, 7 fig.)

LEMERLE (L.). Redressement à l'aide de l'appareil de Gaillard modifié. *L'Odontologie*, xxx, 17, 15 sept 1903, 281-282.

LEMLEY (Burton E.). Cements. *Dental Cosmos*, xlv, 3, mars 1902, 193-194.

LENHARDTSON (A.). A contribution to the chemistry of dental cements. *Dental Cosmos*, xlv, 11, nov. 1903, 875-878.

LONNON FRED. An improved mount for the Siegfried spring. Quarterly circular, juin 1903, 156.

LOSADA (J.-D.). Nuevo aposito para dientes con piorrea. (*Odontología*, 1903, xii, 123-127, 5 fig.).

LOSADA (J.-D.). Nouvel appareil pour immobiliser les dents atteintes de pyor-

rhée alvéolaire. Comm. au XVI^e Cong. internat. de médecine. Madrid, 1903. Anal. in *Presse méd.* du 16 déc. 1903, 868.

MANUEL DE GANIEZ. Sobre las camaras de succion. *Odontología*, xii, 11, nov. 604-608.

MARTINIER (P.). Manuel du chirurgien-dentiste, 2^e édition, in-18, 2 vol. : 1^o Clinique de prothèse dentaire et orthopédique ; 2^o Prothèse chirurgicale et restauratrice des maxillaires. (J.-B. Baillière et Fils, 1903.)

MARTINIER (P.). Du choix d'un appareil extenseur pour remédier à l'atrésie de l'arcade dentaire supérieure. (Congr. de l'Ass. fr. pour l'avancement des sciences, 1903, et *Odontologie*, xxx, 21, 15 nov. 1903, 463-482.)

MARTINIER (P.). Considérations sur le redressement chirurgical. (*L'Odontologie*, xxx, 23, 15 déc. 1903, 595-608. Discussion : 630-637.)

MELA (R.). Ortopenia dentale. *La Stomatologia*, 1, 5 janv. 1903, 331-337.

MELLERSH (W.-Fr.). The sealed gold inlay. *Dental Cosmos*, xlv, 10, oct. 1903, 776-778.

MORRISON (J.-H.). The history and value of the physiological articulation of the teeth. *Dent. review*, xvii, 1, 15 janv. 1903, 14.

MICHAUX. Prothèse de la mâchoire inférieure. (*Soc. de Chir. de Paris*, 1903, xxix, 139.)

MIGNON ET FREY. Prothèse de la mâchoire inférieure. (*Soc. de Chir. de Paris*, 1903, xxix, 135-138.)

NOBLE (J.-H.). Tissue paper as a separating medicine in vulcanite work. *Dent. Cosmos*, xlv, 4, avril 1903, 291.

OTTOLENGUI (R.). A friend by criticism of Dr Angle's proposed technique in the surgical correction of mandibular protrusion. (*Dental Cosmos*, xlv, 6 juin 1903, p. 454-457.)

OTTOLENGUI (R.). Retruson of both jaws with a single appliance. (*Amer. Soc. of orthodontists. In Dental Cosmos*, xlv, 2 février 1903, p. 138.)

OTTOLENGUI (R.). Artificial dentures, with special relation to the impression, taking the bite ad articulation. (*Brit. J. Dent. Sc.*, 1902, xlv, 481-493.)

PARFITT (J.-B.). A new anatomical

- articulator. Quarterly circular, juin 1903, 145-155.
- PARFITT (J.-B.). A new amalgam balance. Quarterly circular, juin 1903, 155-156.
- PATEL. Résection partielle du maxillaire inférieur droit pour sarcome central fuso-cellulaire. Prothèse immédiate. (Lyon Méd. 1903, C, 524.)
- PFAFF. Regulierungen. Deutsche Zahnärztl. Woch., 30, 1903, p. 441.
- PROTHERO (J.-H.). Studies on the expansion of plaster of Paris. Dental review, xvii, 8, 15 août 1903, 718.
- ROBIN (P.). Observation sur un nouvel appareil de redressement. (Rev. de Stomat., Paris, 1902 ix, 423-432, 3 fig.)
- ROBIN (P.). Démonstration pratique sur la construction et la mise en bouche d'un nouvel appareil de redressement. (Rev. de Stomat., 1902, ix, 561-590, 22 fig.)
- RODOLPHE. Des injections de parafine en art dentaire. (Rev. Odontol., juillet 1903.)
- ROSENTHAL. Redressement immédiat des dents. (Policliniq., 1902, xi, 97-100.)
- ROSENTHAL (P.-A.). De l'utilisation des dents comme moyen de soutien des appareils de prothèse immédiate et dans le traitement des fractures des maxillaires. (Nancy, Th. de D., 1902, in-8°, n° 29, 51, 5 pl.)
- SALAMON. Regulierungsfälle, Wiener Zahn. Mon., 1903, 2, 91.
- SCHACHTEL (H.). Grundzüge der Zahnregulierungen. Wiener Zahnärztl. Monatschr., 1903, n° 7, p. 344.
- SCHÖCHAR (D.). De la suppression du caoutchouc dans les vieilles prothèses d'après le procédé de Bernard Bath. (Zubovr. Vestn., 1902, xviii, 551-552.)
- SCHREDER. Prognathie. Formen des Gesichtes und ihre orthopädische Behandlung. Österr. Zeitschr. f. Stomat., 13, 1903, p. 438.
- SCHULOF (S.). Galvanoplastiken og dens anvendelse tandtekniken. (Reflector, 1903, iv, 18-47, 5 fig.)
- SCHWARTZ (G.). Un cas de perforation double de la voûte palatine avec présentation d'obturateur. (Montpellier méd., 1903, 2 s., xvi, 310-313.)
- SEBULEAU (P.). Résection partielle de la branche horizontale de la mâchoire inférieure pour une épulis récidivante. Prothèse immédiate par un appareil de porcelaine. (Soc. de Chir. de Paris, 1903, xxix, 356-359.)
- SEIGLE. De l'unification des méthodes de redressement à propos d'un cas. (Ass. fr. p. l'avanc. des sc., 1901, Ajunction, e. r., in-8, Paris, 1902, 1221-1226, 7 fig.)
- SMITH (D.-W.). Intractable cough caused by aspiration of tooth. (Brit. Med. Journ., 1903, 1, 76.)
- SMITH (E.-A.). A manual of dental metallurgy. Blakiston's Son and Co. London, 1903.
- SPENCE (Stewart-J.). A method of swaging aluminium between plaster dies in vulcanizer flask. Dent. Cosmos, xl, 11, nov. 1903, 872-874.
- SPENCE (Stewart-J.). The behavior of plaster of Paris. Dental Cosmos, xl, 7, juill. 1903, 526-532.
- SUBIRANA. Corrección de un caso de protusión de los dientes superiores. Cong. de Madrid, 1903, in Odontología, xii, 6, juin 1903, 374-381.
- TAYLOR (Fr.-T.). Expansion of gutta-percha. Intern. Dent. Journ., août 1903. Anal. in Dental Cosmos, xl, 10, oct. 1903, 828.
- TOUVET-FANTON. Procédé de rétention des appareils à plaque : système de succion simple. Odontologie, xxix, 1, 15 janv. 1903, 15.
- TRIVINO. Dentier sans palais. XIV^e Congr., Int. de Méd. in Odontología, xxx, 14, 30 juill. 1903, 97.
- TRIVINO (T.). Nuevo sistema de succión en las dentaduras artificiales. Congr. de Madrid in Odont., xii, 6, juin 1903, 367.
- VALDERRAMA (J.). Nuevo metodo de tomar impresiones de la boca, con escayola. Odontol., xii, 1, janv. 1903, 3-6.
- WALKER. Orthodontic facial Orthomorphia. Österr. Zeitschr. f. Stom., 8, 1903, p. 267.
- WALL (O.-E.). A method to avoid the shedding of porcelain teeth in soldering. Dental Cosmos, xl, 3, mars 1903, 247.
- WALLISCH (W.). Das Kiefergelenk und der zahnärztliche Artikulator. Oes-

- terr-Vngar Viertjschr. f. Zahnh. Wien 1903, xix, 164-182.
- WASSALL (J.-W.). Inlays. Dental review, xvii, 7, juill. 1903, 625.
- WEBSTER (A.-E.). Some thoughts in Orthodontia. Dominion dent. Journ., août 1903. Anal. in Dent. Cosmos, xlvi, 11, nov. 1903, 908.
- WEISER. Redressement forcé. OEsterr. Ung. Viertelj f. Zahnh., 1, 1903, p. 104.
- WEISS (O.-A.). The practical application of the principles of the Bonwill articulation. Dental review, xvii, 9, sept. 1903, 818.
- WHITE E. BRADUER. Regulating plate construction simplified. Dental review, xvii, 12, 15 dée. 1903, 4143.
- WUNSCHM (R. von). Regulierung einer Prognathia alveolaris. OEsterr. Ung. Viertelj. f. Zahnh., 1903, I, p. 93.
- ZIELINSKI. Metale, uzywane w dentystyce, ich topliwosc i odpornośc Przeglad Dentystyczny, 8, 1903, 212-219.
- ZIELINSKI. O wybuchu wulkanizatora. Przeglad Dentystyczny, 9, 1903, 230-239.
- ORTHODONTIA and specialism. Dental Cosmos, xlvi, 2, févr. 1903, 151.
- Die Chirurgische Korrektion der Zahnstellung. Odontologische Blätter, 11/12, 1903, p. 194.
- PROTHÈSE EXTRA-DENTAIRE.**
- AGUILAR (F.). Protésis del esqueleto. Odontología, Madrid, 1902, xi, 305, 310, 6 fig.
- D'ARGENT. Contribution à l'orthopédie des maxillaires. L'orthodontie liée à l'orthopédie des maxillaires; correction de l'atresie bucco-nasale. (L'Odontologie, xxx, 22, 30 nov. 1903, 547-555 et discussion d^e, 582-586.)
- CAZENEUVE (L.-G.). Des injections prothétiques de paraffine, applications en oto-rhinolaryngologie. Thèse de Paris, 1902.
- CONNELL (F.-C.). The subcutaneous injection of paraffin for the correction of deformities of the nose. Jour. of the Amer. Med. Assoc., 9, 26 septembre 1903.
- DE CORTES (A.). Plastica della guancia e del palato con lembo muscolo linguale. (Clinica moderna 10, 17 juin 1903.)
- Autoplastie de la joue et du palais à l'aide d'un lambeau musculo-muqueux lingual.
- COURTIN. Prothèse nasale. Soc. de méd. et de chir. de Bordeaux, 4 juillet 1903, in Gaz. des hôpitaux de Toulouse, 17^e année, n° 40, 30 octobre 1903, 317.
- DELAIR (Léon). Méthode nouvelle de prothèse restauratrice vélo-palatine. (Ass. fr. p. l'avanc. des sc., 1901, Ajaccio; c. r., in-8, Paris, 1902, 1189-1192.)
- DELAIR. Prothèse squelettique. (Odontologie, Paris, 1903, xxix, 49-51.)
- DELAIR. Démonstration du mode de fabrication des voiles palatins artificiels à clapet. (Ass. fr. p. l'avanc. des sc., 1901, Montauban, c. r., in-8, Paris, 1902, 459.)
- DELAIR. Aparato de restauraciones faciales. Odontología, xii, 6 juin 1903, 367.
- DELAIR. Appareils de prothèse vélo-palatine. Appareils de prothèse immédiate vélo-palatine, XIV^e Congr. Int. de Méd in Odontologie, xxx, 14, 30 juillet 1903, 103.
- DELAIR. Prothèse squelettique. Odontologie, xxix, 1, 30 juin 1903, 49.
- DELAIR. Un cas de prothèse squelettique. Odontologie, xxix, 11, 15 juin 1903, 529.
- DELAIR. Prothesis of the skeleton: osseous substitutes made of high fusing porcelain. L'Odontologie, 30 janvier 1903. Anal in the Dental Cosmos, xlvi, 4, avril 1903, 326.
- DELAIR. Présentations et démonstrations pratiques. (Voile à clapet.) L'Odontologie, xxx, 17, 15 sept. 1903, 283-284.
- DELAIR. Porcelaine et prothèse squelettique. L'Odontologie, xxx, 17, 15 sept. 1903, 284.
- EVSLIN et BLATTER. Les couronnes en or. (Rev. de dentisterie appliquée, 1903, 1, 2-13, 12 fig.)
- FANTINO (G.) et VALAN (A.). Einige Klinische und experimentelle Verfahren ueber die Füllung von Knochigen Cavitäten (Arch. f. klin. Chir., lxx, 3). Recherches cliniques et expérimentales sur le plombage des cavités osseuses.
- FARMER (G.-M.). Restauration of nose

- and lip. (Brit. J. Dent. Sc., 1902, xiv, 1009-1013, 3 fig.)
- FREY (L.). Observation de prothèse du maxillaire inférieur. (Ass. fr. pour l'avanc. des sc., 1901, Montauban, c. r., in-8, Paris, 1902, 461) in Rev. de Stomatol. Paris 1903, x, 271-280, 7 fig. et Rev. Odont., 1903, xxiv, 358-363.
- GERSUNY (R.). Harte und weiche Paraffin Prothesen Centr. Bl. f. chir., 3 janv. 1902. Prothèses dures et molles à la paraffine.
- GUINARD. Testicules artificiels en paraffine. Soc. de chir., séance du 4 nov. in Presse médicale, 7 nov. 1903, 780.
- HARMON SMITH. Les injections sous-cutanées de paraffine pour la correction des disformités nasales ou autres. Journ. of the Amer. med. Ass., 26 sept. 1903, 773-777.
- HURD (L.-M.) et HOLDEN (W.-A.). Injection de paraffine suivie immédiatement de céctité par embolie de l'artère centrale de la rétine. Med. Rec., 11 juillet 1903, anal. in Bull. de Thér., cxlii, 19, 3 nov. 1903, 748.
- JALUSZ (H.-J.). Plates and Obturators for cleft palate cases due to syphilis. Dental review, xvii, 1, 15 janv. 1903, 28.
- KANTOROWICZ (E.). Eine neue Paraffinspritzte. Zahnrztl. Rundschau, Berl., 1903, xii, n° 565.
- KAUFMANN. Quelques considérations sur les prothèses sous-cutanées de Gersuny. Zentralblatt f. Chirurgie, 7 mars 1903, 273.
- LAGARDE (M.). Les injections de paraffine, leurs applications en chirurgie générale, en oto-rhino-laryngologie, en ophthalmologie, en art dentaire et en esthétique. (Paris, J. Rousset, 1903, in-18, 220, 2 pl.)
- LAKE (R.). The restoration of the inferior turbinal body by paraffin injections in the treatment of atrophic rhinitis. Lancet, 17 janv. 1903. La restauration du cornet inférieur à l'aide d'injections de paraffine dans le traitement de la rhinite-atrophique.
- LAPERSONNE (De). De la prothèse oculaire. Echo méd. du Nord, 8 mars 1903.
- LATZER (E.). Weis (K.). Ueber eine vereinfachte und verbesserte Methode des Abdruknah mens mit Gips (J. f. Zahnh., 1903, xviii, 26-28.)
- LEE MAIDMENT HURD et WARD A. HOLDEN. Un cas d'injection de paraffine dans le nez, suivie immédiatement de céctité par embolie de l'artère centrale de la rétine. Med. rec., 11 juill. 1903, 53-54.
- MARTIN (C.). Simplification du mode de fixation des appareils de prothèse immédiate du maxillaire inférieur. Deutsche Monatschr. f. Zahnh. 1903, xxi, 269-272.
- MARTIN (Cl.). On artificial larynx. Quarterly Circular, mars 1903, 3-6. (Traduit de l'Odontologie.)
- MARTINIER. Prothèse médiate. Deux cas types de restauration des maxillaires. Odontologie, xxix, 5, 15 mars 1903, 225.
- MOSETIG-MOORHOF. Die Jodoform-knochenplombe. Centr. Bl. f. Chir., 18 avril 1903. Le plombage des os au moyen de l'iodoforme.
- MOSZKOWICZ. Injections sous-cutanées de paraffine. Wiener Klin. Wochenschrift, 8 janvier 1903, 33.
- PAHLAVOUNG (A.). Prothèse osseuse autoplastique dans un cas de résection partielle du maxillaire inférieur. Thèse de Lausanne, 1903.
- PUGNAT. Un cas de prothèse nasale au moyen d'injections de paraffine. Rev. méd. Suisse rom. juillet 1903, 509-512.
- SCHLOFFER. Interventions plastiques sur le visage avec locomotion de la peau du visage et incision temporaire des parties molles du nez. Zentralblatt f. Chirurgie, 28 mars 1903, 353.
- SEBILLEAU (P.). Prothèse nasale métallique; mécanisme de l'élimination de l'appareil. Bull. et mém. Soc. de chir. de Paris, 1903, n. s., xxix, 546-549.
- SEBILLEAU (P.). Prothèse métallique de la face après résection totale de la paroi antérieure du sinus frontal. Bull. et mém. Soc. de chir. de Paris 1903, n. s., xxix, 448-454 et Rev. de Stomat., x, 11 nov. 1903, 514-522.
- SOKOLOWSKY (R.). Ueber unsere bisherigen Paraffinerfolge bei Nasendisformitäten und retro-auricularen Defekten. Deutsche Med. Woch. 15 oct.

1903. Résultats des injections de paraffine pour difformités du nez et malformations rétro-auriculaires.

STEIN (A.-E.). Ueber die Verwendung von hartem oder weichem Paraffin zu subkutanen Injektionen. Deutsche med. Wochenschr., 3-10 sept. 1903. Emploi de la paraffine dure ou molle en injections sous-cutanées.

SZLEIFSTEIN (J.). Parafina kijo sordek Lecznicznokosmetyczny. (Gaz. Lekarska, 17-24 janv. 1903. La paraffine comme moyen de prothèse.

WASSERMANN (M.). Ueber die kosmetische Behandlung von Sattelnasen mit Vasellininjecktion. Beiträge z. klin.

Chir., xxxv, 5, 1903. Prothèse des nez euseillés par des injections de vaseline.

VOGEL (L.). Ein Fall von Ersatz der ganzen Radiusdiaphyse durch einen Elfenbeinstift. Deutsche med. Woch., 12 nov. 1903. Remplacement de la diaphyse entière du radius par une tige d'ivoire.

VALLAS et MARTIN (E.). De l'action combinée des opérations autoplastiques et des appareils prothétiques pour les restaurations de la face. Rev. de Stomat., x, 4, avril 1903, 179-189.

A.-H. TUBBY. Les progrès dans le traitement des déformations paralytiques. Lancet, 29 mars 1903, 875.

V. — Anesthésie.

ANESTHÉSIE LOCALE.

ALBRECHT. Dentinanästhesie mit Kohlensäure. (Deutsche Monatschr. f. Zahnh., 1903, xxi, 110-114).

BAB. Ueber Acuin als lokales Anästheticum bei Zahnärztlichen Operationen. (Journ. f. Zahnh., 1903, xviii, 5-7.)

BARKER (A.-E.-J.). De quelques améliorations dans la méthode de l'analgésie locale. (Lancet, 25 juill. 1903, 203-206.

— Clinical remarks on some improvements in the method of local analgesia. Lancet, 25 juillet 1903.

— Eucaina and adrenalina. Lancet 1903, Anal. in la Stomatologia ii, 3 novembre 1903, 135.

BECKER. Ueber eine neue Verbindung des Anästhesins (D^r Ritsert) zur subkutanen Injektion « subcutin » (D^r Ritsert). Münch. Med. Woch., n° 20, 1903, p. 857.

BENDIX. Anämorenin als lokales Anaestheticum bei Zahneextraktionen. Deutsche Mediz. Zeit. n° 20, 1903, p. 857.

BIRCH (J.-Ch.). Una experiencia desagradable con la cocaína. (Correo Odont. Intern., 1902, vii, 7-10.)

BLATTER. Présentation d'un anesthésique pour la dévitalisation de la pulpe dentaire. (Ass. fr. pour l'avancement

des sc. 1901, Montauban, c. r., in-8, Paris, 1902, 459).

BOURRILLET. Un accident dû à l'adrénaline. Centre médical, 1^{er} août 1903.

BRAUN (H.). Zur Anwendung des adrenalin bei anästhesierenden Gewebssubktionen. Centr. Bl. f. Chir., 19 sept. 1903. Association de l'adrénaline aux injections interstitielles pratiquées en vue d'obtenir l'anesthésie.

— The influence of the vitality of the tissues on local and general toxic effects of anaesthetics and the importance of adrenalechlorid for local anaesthesia. Brit. J. Dent. Sc. Lond., 190, xlii, 681-686.

BRAUN et HEINTZE. Ueber Zufälle nach Injektion von Kókain und Eukain. (Journ. of Amer. Med. Assoc. in Korresp. Bl. für Zahn., n° 2, 1903, p. 187.)

BREYRE. L'anesthésie de l'organe auditif, Arch. int. de laryngol. d'otol. et de rhinol., août 1903.

BUKO-FZER. Réactions provoquées dans la muqueuse naso-pharyngienne par l'adrénaline. Deutsche med. Woch., oct. 1903.

BUM (R.). Ueber Anästhesie der Zähne mit Hilfe von Hochfrequenzthromen (d'Arsonval). (Journ. f. Zahnh., 1902, xvii, 160-162 et OEsterr-Ung. Viertelj. fur. Zahnh., 1902.)

CARPENTER (E.-R.). Cocaïne and its

- many uses in dentistry. (Brit. J. Dent. Sc. 1902, xlvi, 988-991.)
- CRUET (L.). La cocaïne en injections comme anesthésique local pour les opérations dentaires. (Rev. de Stomat., 1903, x, 121-126.)
- DACONTA (G.). Akoin in der Chirurgie. Deutsche Z. f. Chirurgie, n° 5 et 6. Baud 69, 1903.
- DALE (G.-P.). Morphin and cocaine intoxication. Journ. of the amer. med. ass., 2 mai 1903.
- DAMBREIN. L'anesthésie localisée par la cocaïne. (Presse Méd., 2 sept. 1903, 625.)
- DIDSBUY et REGNIER. Nouveau procédé d'insensibilisation de la bouche et des dents par l'électricité. (Journ. de Méd. de Paris, 1902, 2^e s, xiv, 416-417.)
- DORN. Sammelreferat über Akoin. Odont. Blätter, n° 24, 1903, p. 478.
- DUMOND (F.-L.). Handbuch der allgemeinen und lokalanästhesie. (Wien. u. Berlin 1903.)
- EKSTROM (Im.). Nervocidin och kain kombinerase. Reflector, 5, 213-225, 6, 273-286.
- FAIVRE. Esthème scarlatiniforme desquamatif cocainique. Soc. des sc. med. de Poitiers, 9 janvier 1903 in Poitou médical et in Gaz. des hôpitaux de Toulouse, 38, novembre 1903, 377-378.
- FRIZZONI (M.). Azioni meccanica e suggestiva nelle iniezioni di cocaïna. La Stomatologia, janvier 1903, 306-317 et 6 février, 377-397.
- VON FURTH. Poisoning with suprarenal solution. Dental Cosmos, xlvi, 2 février 1903, 158.
- GANGITANO. L'anesthésie cocaino-adrénaire en chirurgie générale, Rif. medica, 9 septembre 1903, 986.
- GRANJON (M.). De l'emploi de l'adrénaline en chirurgie dentaire. Thèse de Paris, 1903. — C. R. Soc. de Biol., 1903, lv, 779.
- GREGORI (A.-W.). Un cas de narcose générale à la suite d'une injection de cocaïne (Zoubopr. Vestn., 1903, xix, 407-409.)
- HARLAND (W. B.). Upon the local use of cocaine in the nose. (Philadelphia, med. Journ. 23 mai 1903. Sur l'emploi local de la cocaine en rhinologie.
- HARTWIG (F.). Ueber eine kombina-
- tion von Adrenalin und Kokain zu Zwecken der Lokalanästhesie in der Zahnheilkunde. Wien. Zahn. Monatss., n° 6, 1903, p. 272.
- IVANOV (A.). De l'anesthésie locale en vue de la paracentèse de la membrane du tympan (en russe). Prakt. Vrach, 7 décembre 1903.
- JAMBON. Anesthésie obstétricale par injections épидurales de cocaïne. (Sem. Méd., 14 oct. 1903, 340.)
- KENT (R.H.). Antiseptics in local anaesthesia. Dental Cosmos, xlvi, 5, mai 1903, 375.
- KRYMOV (A.). Quelques mots sur l'anesthésie locale par la cocaïne. Roussk Vrach, 16 août 1903.
- LEGRAND (D.-A.). L'anesthésie locale en chirurgie générale, 1900, in vol. in-8, 266 p. 4 fig.
- LOUR. Anesthésie locale par la cocaïne. (Soc. d'Odont. in Odontologie, xxiv, 4, 28 févr. 1903, 197 et xxix, 6 mars 1903, 265.)
- MARÉ (G.). The use of tropacocaine in dental extractions by Schleich's method. Dental Cosmos, xlvi, 9 sept. 1903, 716-717.
- MENGER (R.). Adrenalin chloride and hydrochlorate of cocaine in dentistry. Texas med. Journ., oct 1903.
- NICOLESCHI. La adrenalina en las extracciones dentarias. Odontología. Madrid 1903, xii, 542-543.
- NICULESCU (D.-D.). Relative la uncle accidente locale attribuite injectiunilor de cocaine in stomatologie. (Spitalul, 1903, xxiii, 99-103.)
- NININE. The effect of blue light. La Stomatologia, mai 1903. Anal. in Dental Cosmos, xlvi, 8 août 1903, 673.
- NIPPERDEG (H.). Einiges über Akoin Anästhesie in der Zahnheilkunde. OÖsterr. Ung. Viert. f. Zahn., 1, 1903, p. 129.
- ODIER (R.). La rachicocainisation; recherches expérimentales sur l'amobiose des cellules neurales, centrales et périphériques sous l'influence de la cocaïne, du curare, de la strychnine et des courants induits. Th. de Genève, 1903.
- OSIMO (G.). L'anesthesia locale nella pratica dentaria. La Stomatologia, 1-12 août 1902, 756-764.

PINELLI. L'adrénaline et ses applications en chirurgie. Thèse de Montpellier, 1903.

PRICE (Weston-A.). Obtunding sensitive dentin with cataphoresis. Dental Register fév. 1903, anal in Dental Cosmos, xlv, 4 avril 1903, 325.

RECLUS (P.). L'anesthésie localisée par la cocaïne, in-18, 280 p. avec 59 fig. Paris, 1903, Masson et Cⁱ.

RECLUS. De l'analgésie localisée par la cocaïne (Incision du panaris), in Rev. de Stomatologie, x, 3 mars 1903, 126-134.

REGNIER et DIDSBURY. Nouveau procédé d'analgésie des dents par l'électricité. (C. r. Acad. de Sc. 1902, cxxxiv, 373-375 et Paris, 1902, in-8, 24 p. 3 pl.)

RIGOLET. Expériences d'anesthésie pulpaire par la cataphorèse. (Ass. fr. p. l'avancement des sc. 1901, Montauban, c. r., in-8. Paris 1902, 459.)

SCHIAPPARELLI (E.). Degli anastetici locali succedanei della cocaïna. (In-8, 43 p. Turin, 193.)

SAUVEZ. Les injections de cocaïne en art dentaire. (Journ. du Prat., 13 juin 1903, 369) et Rev. gén. de Clin. et de Thér. Paris 1903, xvii, 369-419.

— Résumé du manuel opéraoire des injections de cocaïne. (Odontologie, xxix, 11, 15 juin 1903, 565.)

SCHAMBERG (M.-L.). A statistical study of local anaesthesia in dentistry. (Brit. J. Dent. Sc. 1902, xliv, 433-468.)

SCHWARTZ (Karl). Analgésie médullaire par l'injection de tropacocaine. Munch. medical Woch. 1902. Anal. in Arch. gen de med. 80^e année, n° 48, 1^{er} décembre 1903, 3037-39.

SEITZ (G.). Die zahnärztliche Lokalanästhesie, in-8°, xv, 366 p. Leipzig, 1903, A. Félix.

SOGOLON (M.-J.). A propos de l'article de D. Korabelnikov sur l'insensibilisation de la pulpe sans douleur. (Zoubovr. Vestr. 1903, xix, 344-346.)

SPINDLER. Comparative duration of the anesthesia produced by cocaine, tropococain, eucain and acoin. Arch. de stomato., mai 1902. Anal. in Dental Cosmos, xlv, 8, août 1903, 675.

STOLZ (A.). Ueber Adrenalin-Kokain-Anästhesie. Archiv. für öffentliche Gesundheitspflege. 1903, p. 415.

STRUSSLER. De l'Yohimbine (Spiegel) comme anesthésique. (Wien. Klin. Woch., 11 juin 1903, 700.)

STRUTHERS (J.-W.). Observations sur la méthode d'Oberst pour produire l'anesthésie locale. (Edinburg Med. Journ., août 1903, 121-126.)

TELLIER (J.). Anesthésie locale dans les opérations dentaires; méthode de Schleich et cocaïne. (Lyon Méd., 6 sept. 1903.)

THIES (J.). Der Gebrauch des Adrenalin zur Unterstützung der Lokalanästhesie. Diss. Leipzig, 1903.

THIESING. Dental anesthesia. Deutsche Monatschr. für Zahnheilkunde, août 1903. Anal. in Dental Cosmos, xlv, 11 novembre 1903, 908.

TOUCHARD. Anesthésie cocaïnique. (Comm. à l'Acad. de Méd., 9 mai 1903.)

TULLER (Ch. S.). Some suggestions in the use of a local anesthetic (Eucain B.). Dental Cosmos, xlv, 4 août 1903, 290-291.

WILLIAMS (F.-H.). The use of the X rays as a means of relieving pain. Med News, 3 oct. 1903. Emploi du rayon X comme analgésique.

L'orthoforme comme anesthésique préalable dans le traitement de l'hydrocéle par injection d'iode. Presse médicale, 1903, n° 97, 5 décembre 1903, 699.

Mélange du Dr BONAIN pour anesthésie locale. Menthol, acide phénique, chlorhydrate de cocaïne. (Rev. fr. de Méd. et de Chir., 1903, n° 4, 187.)

Dangers de la cocaïne. (Journ. de Méd. de Bordeaux, 1903.)

ANESTHÉSIE GÉNÉRALE.

AGUZZI (E.). Dell'uso dell'anestesia generale nella pratica odontoiatrica. La Odontologia, i 7 mars 1903, 446-449.

ALDRICH (F.-G.). Amputation of the leg under hypnotism. Lancet 22 août 1902. (Amputation de la jambe pendant le sommeil hypnotique).

ALKER et LAFITE DUPONT. Le chloration d'éthyle comme anesthésique général : nouveaux appareils pour son administration. (Gaz. hebdom. des Sc. Méd. de Bordeaux, 19 juill. 1903, 353-356.)

ARABIAN (H.). Contribution à l'étude

- du massage du cœur dans la mort par le chloroforme. Th. de Genève, 1903.
- BARRAJA (A.). Elimination du chloroforme et nouveau procédé de destruction de la matière organique dans les urines. (Marseille médical, 15 nov. 1902.)
- BEAUCAMP. Welche Maske ist für die OEthermarkose am empfehlenswertesten? (Zentr. Bl. für Gyn., 1903, p. 795-798.)
- BELLANDI (E.). L'analgésie chirurgicale par voie rachidienne au moyen de la tropacocaine chez les arabes, in-8, 14 p. Alexandrie, 1903.
- BELTRAMI (E.) et REYNAUD (G.). L'anesthésie générale au protoxyde d'azote, Mars. Méd. 1^{er} juin 1903.
- BENNET (Th.-L.). Remarks on one of the complications of anaesthesia: asphyxia. Med. News, déc. 1903.
- BERNDT (F.). Zur Empfehlung der Witzel'schen OEther-tropfmarkose. Münch. Med. Woch., 19 mai 1903 n° 20, p. 853.)
- (Emploi de l'éthérisation goutte à goutte, d'après le procédé de Witzel.)
- BERTHET. Les perfectionnements récents de la rachicocaïnisation.
- BIRD (T.). Lachgas, Luft und Chloroform, gemischt als Narkotikum. (Lancer, nov. 1902.)
- BLATTER (A.). Anesthésie générale par le somnoforme. (Soc. d'Odont. in Odontologie, xxix, 4, 28 févr. 1903, 196.)
- BOSSELT (A.). Zur Chlorlaethyl-narkose. Corresp. bl. f. Schw. Aerzte, 1^{er} oct. 1903.
- BLUMENFELD (J.). Anaesthetics; in-8, 110 p. Londres.
- BOURCART (M.). De la réanimation par le massage sous-diaphragmatique du cœur en cas de mort par le chloroforme. Rev. méd. de la Suisse rom. Oct. 1903.
- BRAUN (H.). Zur OEther-Chloroform-Mischmarkose. (Zentr. Bl. für chir., 14, 1903.)
- . Somnoform. (Schweiz. Viertelj. für Zahnärzte, 3, 1903, p. 203.)
- BUBON (G.). Contribution à l'étude de la rachicocaïnisation. Thèse de Paris, 1903.
- BRUSSAY (A.). L'anesthésie générale en chirurgie par le chlorure d'éthyle. (Rev. Méd. Chir. de Brazil, n° 7, 1903.)
- BURCKHARD (G.). Zur Narkosenfrage. (Zentr. Bl. für Gynäkol., 14, 1903.)
- CAMPICHE (P.). Contribution à l'étude de la narkose à l'éther. Thèse de Paris, 1903.
- CARO (L.). Ueber Chloroformnarkose. (Allg. Med. Zentr. Zeit, 20, 1903.)
- CAVALIÉ et ROLLAND. Influencia del somnoformo sobre los centros nerviosos. Su acción sucesiva sobre el cerebelo y el cerebro. Congr. de Madrid 1903, in Odontol., xii, 10 oct. 1903, 567-568.
- CIARY (M.). La position de Röse en oto-rhino laryngologie. Thèse de Paris, 1903.
- COLE (S.-W.). The physiological action of ethylromid and of somnoform. (British Med. Journ., 20 juin 1903.)
- COLLINS (H.-O.). Anesthetics. Philadelphia D. Journ., 25 oct. 1903.
- COLLUM (R.). Somnoform as anesthetic for dental and other short operations. Brit. J. Dent. Lond. 1903, xxiv, 267-274.
- CRILE (G.-W.). Tubage of the pharynx for facilitating the administration of anaesthetics and preventing the inhalation of blood in certain operations on the mouth and face (Ann. of surgery juin). Le tubage du pharynx pour faciliter l'anesthésie dans certaines opérations sur la bouche et la face.
- DANIEL (W.-G.). Eine neue Chloroethylmaske. Lancet, 17 oct. 1903, in Munch. Med. Woch., 51, 1903, p. 2271.
- DELANEY. Contribution à l'étude de l'anesthésie générale. (Bull. Méd. de Québec, juill. 1903. 481-488.)
- DONITZ (A.). Kokainisierung des knöchernen markes unter Verwendung von Adrenalin. Münch. med. Wochenschr. 25 août 1903. Cocainisation de la moelle avec l'emploi de l'adrénaline.
- DUBOIS (Br.-B.). Anesthésie physiologique et ses applications 1894, viii-200 pages, 20 fig.
- DUMONT (F.-L.). Handbuch der allgemeinen und lokalen Anästhesie, in-8, 231 avec fig. Vienne, 1903. (Manuel d'anesthésie générale et locale.)

DWIGHT (G.-F.). Administration of Nitrous oxyd and oxygen for dental operations. Iowa state dental society in Dental Cosmos, xlv, 4 avril 1903, 308-314.

EASTHAM (Tom.). Narcotile — bichloride of methyl-ethylene — a new general anaesthetic. Quarterly circular, juin 1903, 185-190. Lancet, 18 avril 1903.

EDEN. Tierversuche über Rückmark-anasthesie (Deutsche zeitsch. f. chir., LCVII, 1902). Recherches expérimentales sur l'anesthésie médullaire.

EHRLICH. Das Operieren im ersten ÖEtherrausch. Münch. Med. Wochenschr., n° 34, 1902.

ENGELHARDT. Experimentelle Beiträge zur ÖEtheranarkose. (Munch. Med. Woch., n° 41, 1903, p. 1800.)

EVELT (W.). 500 Chloroformnarkosen in der gynäkologischen Praxis. Münch med. Wochenschr., 2 déc. 1903.

FAREZ (P.). La psychologie du somnoformisé (Rev. Odontol. 1903, xxiv 421, 432).

FEILCHENFELD (L.). Zur Prophylaxe bei der Chloroformnarkose. Zentr. bl. f. Chir. 14 févr. 1903.

FLUX (G.). The open administration of nitrous oxide gas. Brit. J. dent. Sc. Lond., 1903, xlvi, 673-681.

FOSTER (W.-G.). Administration of nitrous oxyd by the Hunter system. (Dental Cosmos, nov. 1901.)

FRATTI (G.). Sul valore del segno della nuca della cloronarcosi. Sur la valeur du signe de la nuque dans la chloroformation. Gazz degli osped., 1^{re} nov. 1903.

FRITEAU (E.). Clinique d'anesthésie. (Odontologie, xxix, 3, 15 fév. 1903, 115.) Anal. in Dental Cosmos, xlv, 4 avril 1903, 326.

— Extractions dentaires sous le chloroforme dans la position de Rose (Démonstration). L'Odontologie, xxx, 17-15 sept. 1903, 284-285.

— Les extractions dentaires sous le chloroforme. (Soc. d'Odont. in Odontologie, xxix, 4, 28 février 1903, 195.)

FRONTGOUSS. De l'anesthésie générale rapide par le somnoforme (Th. de Borda, 1903.)

FUCHS (H.). Zur Narkose in der

Gynäkologie mit besonderer Berücksichtigung der Witzel'schen Oether-tropf-methode. Münch. Med. Woch. 47 nov. 1903. De la narcose en gynécologie surtout au point de vue de l'étherisation goutte à goutte d'après le procédé de Witzel.

GARDNER (H.-Bellamy). General anaesthesia for dental operations. Dental annual and Quarterly Circular, sept. 1903, 305-309.

GARDNER (G.). Ueber einen Apparat zur Kontrolle der Pulses in der Narkose. (Münch. med. Woch., 1903, 24, 1017.)

GAUDIANI (V.). L'anesthesia generale col chloruro d'étille; nota preventiva. Policlin. 24 janv. 1902.

GIBBON (H.-J.). Report of a case of painless amputation of the leg after intraneural injection of cocaine. Philadelphia med. Journ. 2 mai 1903. Amputation de la jambe rendue indolore par injection intra-ironeulaire de la cocaïne.

GIRARD (H.). Le chlorure d'éthyle comme anesthésique général. (Rev. de Chir. Paris, oct.-nov.-déc. 1902.)

GLANZEL. Ueber das Verhalten des Blutdruckes während der Lachgas-mischnarkose vom Beginn der Inhalation bis zum Eintritt des Toleranz-stadiums (Iena, 1903.)

GLOGAU (E.-A.). Suggestion und Hypnose in der Zahnheilkunde. Deutsche Monatschr. f Zahnh. 1903, xxi, 115-123.

GOTARD (H.). Rôle chloroform w pzydpadkach naglejsmerci podeczas operacyi. Gaz le n° 49 karska 6 déc. 1902. Rôle du chloroforme en cas de mort subite pendant les opérations.

GOUILLOUD. De l'anesthésie discontinue en chirurgie gastrique et intestinale. XVI^e Cong. de chir. 19-24 oct. 1903. Arch. gén. de méd., n° 47, 1903, 2988. Revue médicale, 1903, 726.

GRANJON (L.). Anesthésie de la dentine par une injection d'un mélange de cocaïne et d'adrénaline dans le périoste alvéolo-dentaire. Compt. rend. soc. de Biol. Paris, 1903, iv, 779.

GREVSEN. Nochmals die Morphium Skopolamin-Narkose. (Münch. med. Woch., 32, 1903, p. 1383.)

H.-CH. FOURNIER.



NOUVELLES

DISTINCTIONS HONORIFIQUES.

Le *Journal officiel* contient un certain nombre de récompenses accordées à nos confrères à l'occasion du 1^{er} janvier.

Nous mentionnerons tout particulièrement les nominations de deux des membres les plus distingués de notre corps enseignant : M. Julien, notre professeur d'anatomie, qui reçoit la rosette d'Instruction publique, et M. Blatter, notre nouveau professeur suppléant, dont les services sont récompensés par les palmes académiques. Nous adressons spécialement à nos deux collègues nos plus chaleureuses félicitations.

Nous avons également relevé parmi les nouveaux décorés des palmes académiques, les noms de MM. Seigle (de Bordeaux) et Wirth, de Paris, qui appartiennent à notre groupement professionnel et auxquels nous adressons nos vives félicitations.

Enfin nous relevons les noms de MM. Capdepont et Pigneret de Paris, promus officiers de l'Instruction publique ; ceux de MM. Bacon, Bouvier, Dugos, Fontanel, Guérard, Moreau-Marmont et Pilmyer (de Paris), Bavard (Morlaix), Waton (Bordeaux), Antoine dit Bousquet (Carcassonne), qui reçoivent les palmes académiques. Nous félicitons vivement tous nos confrères des distinctions qui viennent de leur être conférées.

CONCOURS A L'ÉCOLE DENTAIRE DE PARIS.

Le concours pour le poste de chef de clinique de chirurgie dentaire à l'Ecole dentaire de Paris, qui avait été ajourné pour des raisons administratives, aura lieu le 29 janvier 1905. Le programme reste fixé tel qu'il a été publié dans le numéro du 15 novembre 1904.

SOCIÉTÉ D'ODONTOLOGIE DE PARIS.

La réunion mensuelle de cette société aura lieu le mardi 17 janvier 1905, à 8 h. 1/2 précises, à l'Ecole dentaire de Paris, sous la présidence de M. Delair.

Ordre du jour :

Correspondance.

Adoption du procès-verbal de l'assemblée générale d'octobre.

Un cas de mal perforant buccal, MM. Blatter et Fournier.

Méthode de reproduction d'appareils en caoutchouc.

Présentation d'appareils en or estampés par un M. Cramer.
procédé nouveau.

Présentation d'élévateurs et appareil dilatateur des maxillaires,
M. de Croës.

Prothèse squelettique, présentation d'un malade, M. Lecomte.

SÉANCE DE DÉMONSTRATIONS PRATIQUES.

A l'occasion de l'assemblée générale de l'Association des dentistes de France, qui aura lieu le samedi 21 janvier 1905, la Société d'Odontologie organisera le dimanche 22 janvier, à 9 heures du matin, à l'Ecole dentaire de Paris, une série de démonstrations pratiques, dont le programme est ci-dessous :

Aurification à l'or spongieux de Watts, M. Lewett.

Protoxyde d'azote et extractions dentaires, M. Blatter.

Applications de la porcelaine, M. Platschick.

ASSOCIATION GÉNÉRALE DES DENTISTES DE FRANCE.

L'assemblée générale annuelle de cette Association aura lieu à l'Ecole dentaire de Paris le samedi 21 janvier 1905, à 8 h. 1/2 du soir, sous la présidence de M. Ronnet.

Ordre du jour :

1^o Correspondance ;

2^o Adoption des procès-verbaux ;

3^o Allocution du président, M. Ronnet ;

4^o Rapport du secrétaire général, M. Blatter ;

5^o Rapport du trésorier et gestion financière du journal, M. Devoucoux ;

6^o Rapport sur la question de la Société de prévoyance, M. Delair ;

7^o L'hygiène dentaire dans les écoles, M. Hugot ;

8^o Vœu de M. d'Argent tendant à augmenter le nombre des membres de province dans le Conseil d'administration de l'Association ;

9^o Election de treize membres du Conseil d'administration de l'Association : neuf membres de Paris dont un seul pour un an et les huit autres pour trois ans, et, quatre de province.

Les membres sortants pour Paris sont :
 M. Blatter, Cecconi, Claser, Devoucoux, Martinier, Roy,
 Sauvez, Viau et Lemerle.

Les membres sortants pour la province sont :
 M. Audy, Pont, Douzillé et Coignard.
 Les confrères de province sont instamment priés de désigner au Secrétaire général les candidats au Conseil de direction.

Modifications au règlement.

ARTICLES NON MODIFIÉS.

Art. 19. — Le Conseil de direction se compose de vingt-quatre membres français, jouissant de leurs droits civils et politiques, élus pour deux ans. Seize doivent résider dans le département de la Seine, huit dans les autres départements.

Ces derniers sont répartis autant qu'il est possible, entre les différentes parties de la France, de manière à servir de représentants et d'intermédiaires entre l'Association générale, les associations régionales et les dentistes de la région.

Le Conseil est renouvelé chaque année par moitié par l'assemblée générale. Les membres sortants sont rééligibles.

Art. 20. — La présence du tiers des membres du Conseil de direction est nécessaire pour la validité des délibérations. Les membres titulaires ont seuls voix délibératrice.

ARTICLES MODIFIÉS.

Art. 19. — Le Conseil de direction se compose de trente-deux membres français, jouissant de leurs droits civils et politiques, élus pour deux ans. Seize doivent résider dans le département de la Seine, seize dans les autres départements.

Ces derniers sont répartis autant qu'il est possible, entre les différentes parties de la France, de manière à servir de représentants et d'intermédiaires entre l'Association générale, les associations régionales et les dentistes de la région.

Le Conseil est renouvelé chaque année par moitié par l'assemblée générale. Le renouvellement de la première année s'effectue par voie de tirage au sort. Les membres sortants sont rééligibles.

Art. 20. — La présence du quart des membres du Conseil de direction est nécessaire pour la validité des délibérations. Les membres titulaires ont seuls voix délibératrice.

On procédera au vote à 10 h. 1/2 très précises.

Le Secrétaire général,
 BLATTER.

SERVICE DENTAIRE HOSPITALIER.

Notre excellent collègue, M. Frey, dentiste des hôpitaux, vient d'être chargé par l'administration de l'Assistance publique de la clinique dentaire de l'hospice de Bicêtre. Nous adressons à notre collègue nos vives félicitations à l'occasion de cette nomination.

CONCOURS POUR UNE PLACE DE CHIRURGIEN-DENTISTE DES HÔPITAUX DE SAINT-ETIENNE.

Un concours sur titres, pour l'emploi de dentiste des hôpitaux de Saint-Etienne, aura lieu le mardi 24 janvier 1905, à 10 heures du matin, à l'hôpital de Bellevue, devant la Commission administrative, assistée d'un jury scientifique.

Une épreuve clinique avec opération ou une consultation écrite pourra être demandée aux candidats ; à cet effet ceux-ci devront se tenir à la disposition du jury, aux lieu, jour et heure indiqués.

Les candidats devront être Français ou naturalisés Français.

Ils seront tenus de se faire inscrire avant le samedi 21 janvier, à 6 heures, au secrétariat de l'administration, rue Valbenoite, 40, et d'y déposer leur diplôme de dentiste et titres scientifiques, ainsi qu'un certificat de moralité récemment délivré par le maire de leur résidence. Ces documents seront mis sous les yeux de l'administration et du jury.

Avant de concourir chaque candidat prendra connaissance des règlements relatifs au service et sera réputé, de plein droit, s'être engagé, en cas de nomination, à se conformer à tous ces règlements et à tous autres que l'administration jugerait convenable d'adopter pour le bien du service.

Le dentiste à nommer entrera en exercice le 1^{er} février 1905.

La durée de ses fonctions est fixée à cinq années renouvelables.

Son traitement annuel sera de 500 francs.

NOMINATION.

Un dentiste, M. Jose Julia, vient d'être attaché au bureau de bienfaisance municipal d'Algésiras.

ECOLE DE PSYCHOLOGIE.

L'inauguration des cours a eu lieu le mardi 10 janvier, à cinq heures, sous la présidence de M. le professeur Berthelot, secrétaire perpétuel de l'Académie des sciences, membre de l'Académie française.

La leçon d'ouverture a été faite par M. le Dr Bérillon, médecin inspecteur des asiles d'aliénés, sur : *La psychologie du courage et l'éducation du caractère.*

LA PRÉPARATION AU CONCOURS DE L'ECOLE DU SERVICE DE SANTÉ MILITAIRE.

La Faculté de médecine de Lyon vient de réaliser une heureuse innovation en instituant un enseignement préparatoire spécial à l'Ecole du Service de Santé militaire dont Lyon est le siège.

Cet enseignement comprendra l'étude cursive, mais complète, faite particulièrement en vue de l'examen d'entrée, à l'Ecole de Lyon, des différentes matières exigées par le programme officiel : *anatomie, histologie, physiologie, chimie biologique, pathologie externe et petite chirurgie, pathologie interne, langue allemande.* Il sera fait par les professeurs titulaires ou donné, sous leur responsabilité, par des agrégés en cas d'empêchement.

Cette instruction spéciale sera donnée aux étudiants en médecine, candidats à l'Ecole du Service de Santé, et inscrits à ce titre à la Faculté de Lyon, sous forme d'*Enseignement de conférence*, calqué sur la préparation bien connue des concours de l'Internat de Paris et de Lyon.

Il est vraiment intéressant de voir la Faculté de médecine de Lyon entrer dans cette voie de répétitions spéciales destinées aux candidats à l'Ecole du Service de Santé militaire, au moment où nous organisons aussi à l'Ecole dentaire de Paris des répétitions durant lesquelles nos élèves seront entraînés à la gymnastique spéciale des examens de la Faculté.

SOCIÉTÉ COOPÉRATIVE DES DENTISTES DE FRANCE.

L'assemblée générale ordinaire et extraordinaire de la Société coopérative a eu lieu le 19 décembre dernier sous la présidence de M. le Dr Roy assisté de MM. Lemerle et Sicard (d'Angers). L'assemblée a approuvé le bilan et les comptes arrêtés au 30 juin 1904 et

décidé une nouvelle répartition de bénéfices. MM. les actionnaires recevront dans le courant de janvier l'avis correspondant à cette répartition.

L'assemblée générale, dans un but d'économie décide ensuite de ne plus avoir qu'une réunion annuelle au lieu des réunions semestrielles.

Rappelons que toutes les demandes de renseignements ou d'actions doivent être adressées au Président de la Société coopérative, 45, rue de La Tour-d'Auvergne, à Paris-IX^e.

ADRESSES UTILES

La ligne: 20 francs par an, } dans 24 numéros.
Lignes en sus: 10 fr. la ligne.

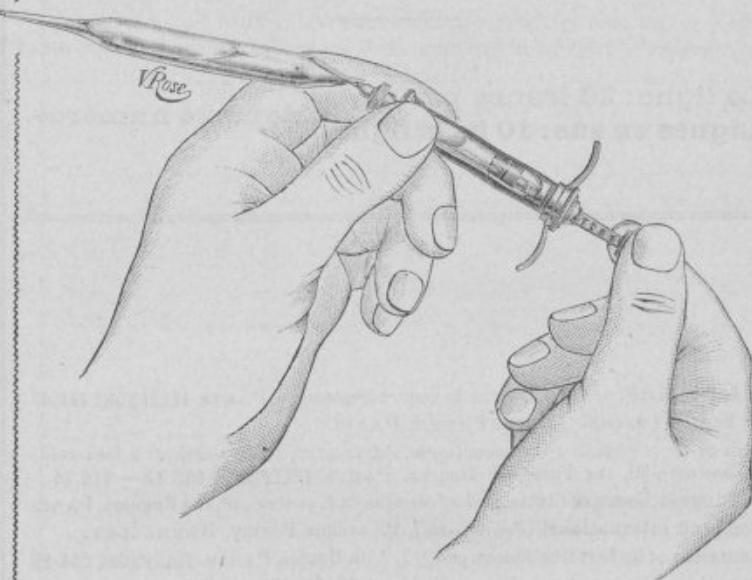
Nouvel Anesthésique local

LA STOVAÏNE-BILLON

SYNTHÈSE: *Chlorhydrate de diméthyl-amino-benzoïl-pentanol.*

Deux fois moins toxique que la cocaïne

— PLUS D'ACCIDENTS DE VASO-CONSTRICITION PRODUITS PAR LA COCAÏNE —



Seule, la **STOVAÏNE-BILLON** a été l'objet d'un rapport spécial fait par M. BILLON à l'Académie de Médecine, le 29 mars 1904.

Se méfier des produits vendus sous le nom de Stovaïne qui n'ont rien de commun avec cette dernière.

Voir: *L'Odontologie*, 30 avril 1904, pages 377 à 390, article du Dr E. Sauvez,

professeur à l'Ecole dentaire de Paris.

Les Archives de Stomatologie, avril 1904, pages 61 à 67, article du

Dr R. Nogué.

La Revue de Stomatologie, avril 1904.

La Presse Médicale, 13 avril 1904, etc., etc.

En boîtes de 12 ampoules de 2 c/c Frs.	4 "
— 50 — — — —	15 "

DÉPOSITAIRES GÉNÉRAUX :

Société Française de Fournitures Dentaires

58 bis, Rue de la Chaussée-d'Antin, PARIS

Adresse Télégr.: SOCIÉDENTS-PARIS. Téléphone : 214-47

En vente dans tous les Dépôts dentaires de Paris & de Province

DEMANDES ET OFFRES

PRIX d'une CASE, dans 3 numéros..... 8 francs.
payable d'avance. (Pour les Abonnés de L'Odontologie. 5 ").

L'Administration de L'Odontologie est à la disposition des vendeurs ou acheteurs pour transmettre aux intéressés les lettres adressées aux initiales indiquées, mais il est bien entendu que son rôle se borne à cette transmission.

Cabinets offerts.

VILLE OUEST, Cabinet dentaire, rapport 30.000 fr.; bénéfices 20.000, fondé en 1894. Cession après fortune. On resterait avec le successeur autant qu'il le désira. — S'adresser à MM. Breitel et Goret, 1, rue Dante, Paris-5^e. (112-3)

PARIS-X^e, bon cabinet ancien, bien situé, rapport 17 000 fr., loyer 2.000 fr. — Prix 15.000 fr. — S'adresser à MM. Breitel et Goret, 1, rue Dante, Paris-5^e. (113-3)

PARIS-VIII^e, Cabinet, clientèle riche, rapport 95.000 fr., frais 25 000 fr. — Prix 150.000 fr. — S'adresser à MM. Breitel et Goret, 1, rue Dante, Paris-5^e. (114-3)

Région de l'Ouest. CABINET à CEDER, faisant dix mille francs par an, justifiés par livres très bien tenus. En augmentation constante. Seul dentiste dans ville agréable de 9.000 habitants. Loyer, maison entière, 500 fr. — Prix suivant conditions. — Ecrire par poste aux initiales A. E. L., 3, aux soins de l'Administration du journal. (115-3)

Divers.

Matériel complet de CABINET et d'ATELIER, moteur, le tout à vendre de suite, comptant, après décès; **Conditions exceptionnelles.** On donnerait à l'acheteur les noms de la clientèle. — S'adresser à Madame Levy, 61, faubourg Saint-Martin, à Paris. (1-1)

Emplois demandés.

JEUNE FILLE ayant travaillé chez un **dentiste**, sachant faire les **BLOCS** de **PORCELAINE EMAIL** (*porcelain inlays*), connaissant aussi bien l'*anglais* que le *français*, la *comptabilité*, la *correspondance*, travaillerait une partie de la journée chez un dentiste. — Ecrire par poste aux initiales L. F., 10, aux soins de l'Administration du journal. (2-1)

Emplois offerts.

On demande pour la province un **EXCELLENT MÉCANICIEN**, avec de bonnes références, et connaissant parfaitement le *travail de l'or*. — Ecrire par poste aux initiales L. M., aux soins de l'Administration du journal. (109-4)

Très importante maison du sud-ouest demande **OPÉRATEUR** très capable, patenté ou diplômé connaissant à fond **BRIDGE-WORK**, de préférence parlant *anglais*. — Ecrire par poste aux initiales P. V., aux soins de l'Administration du journal.

Avis relatif aux « DEMANDES ET OFFRES ».

La plupart du temps les confrères qui usent de nos « DEMANDES ET OFFRES » désirent garder l'anonyme ; aussi indiquent-ils presque toujours simplement dans ces annonces les initiales sous lesquelles les demandes doivent leur être adressées par les soins de l'Administration du journal, dont le rôle se borne à celle transmission et qui ne prend à l'égard des affaires annoncées aucune sorte de responsabilité.

L'administrateur rappelle aux intéressés que les lettres doivent lui parvenir **par la poste** avec l'adresse ainsi libellée: M. (initiales indiquées). Il les rend au facteur, sans les ouvrir, après en avoir complété l'adresse. Il ne peut donc personnellement donner aucun renseignement sur les affaires à traiter.

RENSEIGNEMENTS UTILES

La ligne: 20 francs par an, | **dans 24 numéros.**
Lignes en sus: 10 fr. la ligne

ALLIAGE DENTAIRE

Contenau et Godart fils, 7, rue du Bouloi, PARIS, TÉLÉPHONE 214.53.

CERTIFICAT D'ÉTUDES.

Institut des Langues et des Sciences. A. Debraux, dir., 17, fg. Montmartre. 170 élèves reçus (noms et adresses publiés) ces dernières années. Examens de 1903 : 40 élèves reçus sur 50; 1904, 38 élèves reçus sur 46. Les 4/5 du cours de 1901, 1902, 1903 et 1904 reçus. Envoi des noms et adresses des diplômés.

CONTINUOUS GUM

B. Platschick, 3, rue Ventadour (*Laboratoire spécial*). TÉLÉPHONE 222.82.

DENTS XX^e SIÈCLE

D^r Carlier, seul concessionnaire pour la France, 61, rue de Flandre, PARIS.

FOURNITURES GÉNÉRALES.

Comptoir international, 15, avenue Fonsny, BRUXELLES.

Contenau et Godart fils, 7, rue du Bouloi, PARIS. TÉLÉPHONE 214.53.

Cornelsen, 16, rue Saint-Marc, TÉLÉPHONE 218.69.

Colin Logan fils, 113, rue Réaumur, près la Bourse, PARIS. TÉLÉPHONE 288.79.

H. Ningler et Lemesle, 12, rue des Immeubles industriels.

22, rue Le Peletier, PARIS. TÉLÉPHONE 312.91.

Reymond frères { 44, place de la République, LYON.
69, rue de la Croix de fer, BRUXELLES.
3, rue Petitot, GENÈVE.

Victor Simon et C^{ie}, 54, rue Lamartine, PARIS. TÉLÉPHONE 269.45.

Société coopérative des dentistes de France, 45, rue de la Tour-d'Auvergne.
TÉLÉPHONE 223.04.

Société Française de Fournitures Dentaires. { 58 bis, Chaussée-d'Antin, Paris
TÉLÉPHONE 214.41.
Adr. télég. : Sociédents. } *Grande exposition, au dépôt de PARIS, de toutes les Nouveautés dans l'outillage de MM. les Dentistes.*

V^e J. Wirth, 22-24, avenue Philippe-Auguste, PARIS. TÉLÉPHONE 923.48.

RENSEIGNEMENTS UTILES

La ligne: 20 francs par an, }
Lignes en sus: 10 fr. la ligne } dans 24 numéros.

IMPRESSIONS EN TOUS GENRES.

A. Mellottée, imprimeur de *L'Odontologie*, à CHATEAUROUX.
J. Fanguet, Georges Clotte, successeur, fournisseur de l'*Ecole Dentaire*,
 28, rue d'Enghien, à PARIS.

MATIÈRES OBTURATRICES.

<i>Amalgame Fellowship.</i>	{	Société Française de Fournitures Dentaires. TÉLÉPHONE 214-47.
<i>L'Or Universel.</i>		
<i>Ciment Fellowslip.</i>		

OPALINE, MEUBLES ASEPTIQUES.

L. Deglain, 88 et 92, quai Jemmapes, PARIS.

PRODUITS ANESTHÉSIQUES.

<i>Anestile.</i> D ^r Bengué, 47, rue Blanche, PARIS.	{	Société Française de Fournitures Dentaires. TÉLÉPHONE 214.47.
<i>Anesthésique Wilson</i> , Central chemical Co ^s , 34, rue de l'Échiquier, PARIS.		
<i>Hypnoforme</i> (chlorure d'Ethyle spécial).		
<i>Chloroforme</i> , chimiquement pur.		
<i>Anesthésique local du Dr R. B. Waite.</i>		

<i>Somnoforme.</i>	{	Société Française de Fournitures Dentaires. TÉLÉPHONE 214.47.
<i>Stovaine Billon.</i>		

PRODUITS PHARMACEUTIQUES

<i>Adrénaline Clin. Clin et C^s.</i> 20, rue des Fossés-Saint-Jacques, PARIS.	{	Société Française de Fournitures Dentaires. TÉLÉPHONE 214-47.
<i>Ampoules MOREAU pour l'Art dentaire</i> (cocaine, tropacocaine, etc.).		
<i>Ampoules MOREAU à la Stovaine</i> 1 et 2 cc ³ — 2 fr. et 2 fr. 50. Paris, 5, Rond-Point de Longchamp, 45, rue de La Tour-d'Auvergne, Société coopérative.		

<i>Formyl-Géranium.</i>	{	Société Française de Fournitures Dentaires. TÉLÉPHONE 214-47.
<i>Xyléna.</i> Liquide antiseptique.		

PROTHÈSE A FAÇON.

Lalement et Coutif, 5, rue de Laborde (Travaux artistiques). TÉLÉPHONE 550.73.
B. Platschick, 3, rue Ventadour (*Laboratoire spécial*). TÉLÉPHONE 222.82.

COMPTES RENDUS DU 3^e CONGRÈS DENTAIRE INTERNATIONAL

Cette publication a pris une **importance au delà de toute prévision**; aussi a-t-il été nécessaire de faire un 4^e VOLUME, qui est consacré à la fin des assemblées de sections, aux démonstrations pratiques et aux fêtes; il vient d'être envoyé à tous les souscripteurs.

Les COMITÉS NATIONAUX sont invités à faire connaître IMMÉDIATEMENT au secrétariat général le nombre d'exemplaires pour lequel ils souscrivent au nom des sociétés, écoles, journaux professionnels, bibliothèques et groupements dentaires de leur pays, au prix de 48 FRANCS POUR LA SÉRIE DES QUATRE VOLUMES (*port en sus*).

Les souscriptions volontaires des sociétés, des écoles ou des individualités sont reçues chez M. Viau, trésorier, 47, boulevard Haussmann, Paris.

AVIS

Pour les besoins de l'enseignement préparatoire de 1^{re} année à l'École dentaire de Paris, un très grand nombre de dents naturelles, cariées ou non, sont nécessaires. En mettant de côté et en nous faisant parvenir toutes les dents dont ils font l'avulsion, nos confrères rendraient service à cet enseignement et nous leur en serions très reconnaissants.



L'ODONTOLOGIE

L'Odontologie est une TRIBUNE LIBRE, où toutes les opinions peuvent se produire ; les signataires gardent l'entièvre responsabilité de leurs appréciations.

Travaux Originaux

LES DIFFÉRENTS MODES D'EMPLOI DU CHLORURE D'ÉTHYLE EN CHIRURGIE DENTAIRE

Par L. DALBAN.

(Communication faite au Congrès de Grenoble, août 1904.)

Nous n'avons pas l'intention dans cet exposé de traiter encore une fois la question de l'anesthésie en chirurgie dentaire. Ce problème, à notre avis, n'est pas encore résolu, et les partisans de l'anesthésie locale, pas plus que ceux qui prônent l'anesthésie générale, n'ont pas encore trouvé l'argument décisif. Nous ne voulons donc pas comparer ici ces méthodes qui présentent toutes deux leurs indications particulières. Il n'existe pas un anesthésique local ou général qui puisse s'utiliser à l'exclusion de tous les autres, et qui convienne à tous les cas particuliers de la chirurgie dentaire. Tous les agents employés jusqu'à ce jour présentent, à côté d'avantages spéciaux, des inconvénients qui ne permettent pas d'en tirer parti pour toutes les interventions. L'idéal serait de trouver un médicament réalisant le plus de conditions favorables à son emploi dans le plus grand nombre de cas,

un agent présentant en un mot le plus d'avantages avec le moins d'inconvénients.

A cet égard, il nous a semblé que le chlorure d'éthyle, plus que tous les autres, devait attirer notre attention. L'étude de ce corps est à l'ordre du jour, et l'anesthésie générale par le chlorure d'éthyle a fait et fait encore l'objet de nombreuses études. Les services qu'il peut rendre en chirurgie dentaire, soit comme réfrigérant, soit comme agent susceptible de provoquer la narcose, nous ont paru suffisants pour en légitimer encore une étude, et c'est pourquoi nous voulons rapidement passer ici en revue les nombreux cas de la chirurgie dentaire où le chlorure d'éthyle peut être utilisé. Nous l'étudierons d'abord comme anesthésique local, puis comme anesthésique général. Nous insisterons enfin sur un procédé spécial d'anesthésie locale et d'anesthésie générale combinées au chlorure d'éthyle, méthode mixte dont notre maître, M. Pont, a, le premier, établi les règles, et qui rend, dans certains cas, de précieux services au chirurgien-dentiste.

A. Anesthésie locale par le chlorure d'éthyle.

Le chlorure d'éthyle peut être employé comme réfrigérant en chirurgie dentaire dans un certain nombre de cas: d'abord pour atténuer ou supprimer la douleur pendant l'extraction des dents et pour toutes les opérations de petite chirurgie courante de la bouche : incision d'abcès dentaires, scarification des gencives, débridements gingivaux, etc., etc. On peut l'utiliser également avec succès dans certains cas où la dentine hypersensible ne permet pas de cureter la dent atteinte de carie.

Nous insisterons sur l'emploi du chlorure d'éthyle dans l'extraction des dents, qui est l'intervention la plus habituellement pratiquée, et dans le traitement de la dentine hypersensible, où le manuel opératoire un peu spécial a besoin d'être décrit soigneusement.

La technique opératoire pour l'extraction dentaire est simple. Cependant, nous croyons fermement que les insuccès fréquents tiennent à ce que l'on n'apporte pas assez de soin dans cette application locale du chlorure d'éthyle.

Il est un point très important, et qu'on ne doit pas négliger, c'est d'opérer complètement *à sec*. L'endroit de la gencive où doit porter la pulvérisation doit d'abord être très soigneusement séché avec du coton hydrophile, afin d'être à l'abri de la salive, qui nuit à l'action efficace du réfrigérant. C'est ce qui rend précisément l'opération délicate quand il s'agit d'une dent de la mâchoire inférieure, spécialement d'une grosse molaire ou d'une dent de sagesse. Dans ce cas, il faut avoir soin de disposer dans la cavité buccale des tampons de coton pour opérer bien *à sec*. C'est souvent difficile, et les résultats ne sont jamais aussi bons que s'il s'agit du maxillaire supérieur.

Ceci fait, on commence à pulvériser le chlorure d'éthyle, en ayant soin d'éloigner suffisamment l'ampoule de la muqueuse. Celle-ci, en effet, ne doit pas être tenue trop près de la région à anesthésier, car on n'obtient qu'un jet liquide, moins efficace que la pulvérisation ; ce point est très important et doit être rigoureusement observé sous peine d'insuccès. La pulvérisation doit être dirigée sur la gencive au niveau de l'emplacement présumé de la racine de la dent à enlever ; on la dirige ensuite vers le collet de la dent, et au bout d'un instant (en général après 15 à 20 secondes) on voit la gencive devenir blanche et se couvrir de givre. A ce moment-là beaucoup d'opérateurs cessent l'application du chlorure, pratiquent l'opération, et aboutissent à un insuccès. Il ne faut pas croire, en effet, que le blanchiment de la gencive soit l'indice d'une anesthésie suffisante pour extraire une dent : les régions superficielles seules sont anesthésierées, mais la douleur n'est encore qu'atténuee au niveau du ligament alvéolo-dentaire. On doit continuer la pulvérisation assez longtemps après, pour que l'analgésie soit plus complète. On passe alors sur l'autre face de la gencive et l'on procède de la même façon. On continue

enfin en passant alternativement d'un côté de la région alvéolaire à l'autre. On peut alors opérer. L'analgésie dure 30 à 40 secondes. Ce temps, on le voit, est assez long pour permettre à un opérateur exercé de mener à bien une ou même deux extractions. Si l'extraction est laborieuse, on peut renouveler la pulvérisation sans inconvénients.

Ce manuel opératoire est parfois difficile à réaliser. Si nous prenons le cas type d'une dent antérieure, les résultats sont souvent parfaits. Mais, lorsqu'il s'agit de grosses molaires, et des dents du maxillaire inférieur surtout, il est difficile de se protéger parfaitement de la salive et l'anesthésie obtenue est moins complète.

Si la dent est atteinte de carie pénétrante, le contact du froid est douloureux. Dans ce cas, il faut avoir soin, avant de commencer la pulvérisation, d'obturer la cavité avec une boulette de coton ou avec un fragment de gutta. M. d'Argent a préconisé pour cela de petites coiffes en caoutchouc avec lesquelles on peut recouvrir la dent à extraire. En employant l'un de ces procédés on peut sans inconvénients faire la pulvérisation. On pourra, bien entendu, prendre les mêmes précautions vis-à-vis des dents voisines, si l'une d'elles est sensible au froid.

Le manuel opératoire ne change pas s'il s'agit d'inciser un abcès dentaire, de faire des scarifications gingivales, etc. Nous ne le décrirons pas à nouveau.

Les avantages de l'anesthésie locale par le chlorure d'éthyle sont donc nombreux : la facilité du manuel opératoire, l'absence totale de dangers font de lui l'agent de réfrigération le plus utilement employé. Il peut s'utiliser, quel que soit l'âge du patient, chez les cardiaques, les malades atteints d'affections pulmonaires, les débilités, les nerveux, pendant la grossesse ou la lactation. Dans tous ces cas qui contre-indiquent l'emploi de la cocaïne l'anesthésie par le chlorure d'éthyle ne présente aucun inconvénient.

Dans les cas de pulpite aiguë, lorsque la dent est atteinte

de périostite ou que le tissu gingival est chroniquement enflammé, le résultat n'est peut-être pas absolument parfait. En tout cas l'anesthésie est au moins égale à celle que l'on obtient dans les mêmes conditions avec les autres procédés d'anesthésie locale employés en art dentaire.

En résumé, il n'existe pas de contre-indications à l'emploi du chlorure d'éthyle. Un seul inconvénient réside dans ce fait qu'il s'enflamme très facilement : aussi ne doit-on pas s'en servir dans les cas où l'emploi simultané du thermocautère est nécessaire.

Nous n'avons pas le temps et l'intention de comparer le chlorure d'éthyle avec tous les procédés d'anesthésie locale. Nous croyons cependant que le chlorure d'éthyle doit être logiquement préféré à la cocaïne pour l'extraction des dents, en raison des difficultés, des inconvénients, des contre-indications, des dangers même que présente l'emploi de cet alcaloïde.

Il nous reste maintenant à étudier l'emploi du chlorure d'éthyle dans le traitement de la dentine hyperesthésiée.

C'est M. d'Argent qui le premier a préconisé cette méthode. Nous avons eu fréquemment recours à ses travaux, et en nous aidant de ses conseils nous avons pu souvent obtenir de bons résultats.

La technique opératoire, un peu minutieuse, a été indiquée par M. d'Argent. Nous l'avons utilisée et avons eu parfois de véritables succès, à côté de résultats moins satisfaisants. Nous croyons bon néanmoins d'indiquer de quelle façon le chlorure d'éthyle doit être employé dans le cas d'hyperesthésie de la dentine.

Il est indispensable d'opérer à sec. Il faut donc au préalable sécher soigneusement la cavité avec une boulette de coton. L'emploi de la digue en caoutchouc facilite beaucoup le manuel opératoire. Une boulette de coton imprégnée de chlorure d'éthyle est portée rapidement dans la cavité. Ceci fait, on dirige aussitôt une fine pulvérisation sur cette boulette. La dent se couvre de givre presque instantanément.

tanément. On pulvérise pendant 20 secondes environ, puis on retire l'ouate. On peut alors fraiser sans douleur pendant une minute environ. L'application et l'excision durent 2 minutes au maximum. Il faut avoir soin ensuite, selon le conseil de M. d'Argent, d'irriguer la dent avec de l'eau froide afin de régler le retour du sang dans la pulpe.

Le contact du froid est pénible au début, mais ce désagrement dure peu, et au bout de 4 à 5 secondes il a disparu.

C'est une méthode qui en vaut bien une autre, étant donné l'infidélité des procédés habituellement employés pour traiter l'hyperesthésie de la dentine.

Nous ne voulons pas passer en revue ici tous les moyens qui ont été préconisés : le meilleur d'entre eux semble être la cataphorèse. Cette méthode, on le sait, est basée sur ce fait que les courants ont la propriété de transporter au travers des tissus les liquides en contact (une solution de cocaïne dans le cas particulier) du pôle positif vers le pôle négatif. C'est, en un mot, la pénétration des tissus par les médicaments au moyen d'un courant électrique. Les résultats obtenus sont excellents, mais le procédé est assez compliqué, et d'une application restreinte et difficile.

L'emploi du chlorure d'éthyle pour traiter la dentine hypersensible est, nous le répétons, un bon procédé qui peut être expérimenté sans inconvénients. Il doit, à notre avis, toujours être tenté avant la cataphorèse. La méthode est d'une application simple, rapide, probante, et surtout réalisable par la majorité des praticiens.

Tels sont, rapidement exposés, les différents cas de l'art dentaire où le chlorure d'éthyle, localement appliqué, peut rendre des services au chirurgien-dentiste. Les résultats obtenus ne sont peut-être pas toujours absolument parfaits, mais dans la majorité des cas ils doivent nous satisfaire. Si nous nous trouvons en présence de cas où la réfrigération ne donne pas de bons résultats, nous pouvons très facilement utiliser une autre propriété du chlorure d'éthyle et mettre à profit son action comme anesthésique général.

C'est celle-ci que nous allons maintenant étudier dans ses applications à la chirurgie dentaire.

B. *Anesthésie générale par le chlorure d'éthyle.*

C'est le dentiste Carlson, de Gothenbourg, dit-on, qui découvrit par hasard en 1895 les propriétés d'anesthésique général du chlorure d'éthyle. Depuis cette époque cet agent n'a pas cessé d'être employé. En chirurgie générale il rend de précieux services pour les interventions de courte durée. En art dentaire il a été également utilisé, et les avantages qu'il présente l'ont rapidement mis en évidence. Nous ne nous attarderons pas à rappeler les nombreux travaux auxquels il a donné lieu, et à relater les expériences, toutes plus concluantes les unes que les autres, qui ont été faites à son sujet. La simplicité de son administration, l'innocuité absolue de son emploi, la rapidité et le peu de durée de la narcose obtenue, la facilité du réveil exempt de tout malaise, l'absence de vomissements, l'absence totale de contre-indication enfin, font de lui un agent tout indiqué pour les interventions de la chirurgie dentaire.

Nous préférons, pour l'administration du chlorure d'éthyle, laisser de côté les différents masques qui ont été proposés et nous servir du procédé le plus simple, celui de la compresse, préconisé par Malherbe et Roubinovitch. Nous employons la méthode que ceux-ci ont exposée devant le Congrès de chirurgie de 1900, et qui consiste à appliquer brusquement sur le nez et la bouche du patient (en ayant soin de ne pas laisser respirer d'air) la main droite disposée en cornet et garnie d'une compresse sur laquelle on a pulvérisé, suivant l'âge, 2 ou 4 gr. de chlorure d'éthyle. Ce procédé est très rapide, et, en 15 à 20 secondes souvent le malade est endormi. Il nous paraît surtout pratique chez les enfants, que l'on assomme pour ainsi dire, sans qu'ils aient eu le temps de s'en apercevoir.

Chez les grandes personnes, nous utilisons aussi de pré-

férence un procédé moins brusque, pour éviter les mouvements de défense qui se produisent souvent au début, dans le procédé de Malherbe. C'est l'administration du chlorure projeté lentement et par doses progressives sur la compresse que l'on tient devant le nez et la bouche du malade. L'anesthésie se produit un peu plus lentement; mais on évite ainsi cette sensation d'étouffement si pénible pour le malade. Les doses habituellement suffisantes pour provoquer le sommeil sont de 3 à 10 cent. cubes. Ces doses peuvent être dépassées, mais il est préférable en chirurgie dentaire de ne pas le faire.

L'anesthésie est rapide et se produit au bout de 40 à 50 secondes d'inhalation. Elle dure 1 minute 1/2 à 3 minutes, temps suffisant pour permettre à un opérateur exercé de mener à bien un certain nombre d'exactions.

L'innocuité est absolue et les statistiques en font foi. Un seul décès est signalé dans une statistique portant sur 16.000 cas, mais il s'agissait d'un malade âgé, et chez lequel l'autopsie montra une dégénérescence graisseuse du myocarde et une artério-sclérose très prononcée des artères coronaires.

Les accidents du début de l'anesthésie font défaut avec le chlorure d'éthyle. La syncope naso-pharyngienne, que l'on peut toujours redouter dans la narcose par le chloroforme, ne se produit jamais. Pas d'excitation, sauf chez les nerveux et les alcooliques, qui manifestent plutôt des mouvements de défense. Le réveil est facile, sans malaises consécutifs. La plupart de nos malades sont partis sitôt après l'intervention sans l'aide de personne.

Il est enfin un avantage incontestable dans l'anesthésie par le chlorure d'éthyle: c'est celui qui concerne l'état de vacuité de l'estomac. La plupart des auteurs sont d'accord pour signaler l'absence de vomissements. Les expériences de Malherbe à ce point de vue sont particulièrement concluantes. Si le malade a mangé, on peut néanmoins administrer le chlorure sans que la marche de la narcose en soit troublée. C'est là un avantage précieux, surtout appré-

ciable dans un cabinet dentaire où l'on est souvent obligé de recourir à l'anesthésie générale à l'improviste, pour ainsi dire. On peut ne pas se préoccuper de l'état de plénitude ou de vacuité de l'estomac du patient. On a signalé cependant quelques vomissements, mais, nous le répétons, ceux-ci sont très rares, peu abondants et n'apportent aucune gêne à l'intervention et aucun danger pour le malade car ils surviennent après le réveil.

L'âge est indifférent. Le chlorure d'éthyle s'administre aussi facilement chez le vieillard que chez le tout jeune enfant. Le sommeil se produit très rapidement dans les âges extrêmes de la vie ; il est très vite obtenu également chez les individus en état de moindre résistance.

Nous devons aussi signaler la facilité que l'on a d'opérer dans le fauteuil du dentiste, même sans aide si l'on veut.

On peut, si la narcose est insuffisante, administrer une nouvelle dose d'anesthésique ; mais il vaut mieux, en règle générale, ne pas le faire.

Enfin l'absence totale de contre-indication est encore un argument d'une haute valeur scientifique en faveur du chlorure d'éthyle : ni les affections des voies respiratoires, ni les troubles circulatoires, ni les intoxications ne s'opposent à son emploi.

Quels sont maintenant les cas de la chirurgie dentaire qui justifient l'emploi du kélène en inhalations ?

Ce sont (E. Friteau : Indications et avantages de l'anesthésie générale en chirurgie dentaire. *Odontologie*, 1904), les interventions simples où l'anesthésie locale sera inefficace ou insuffisante (dent atteinte de périostite aiguë, tissus enflammés, dent de sagesse avec trismus.) Ce sont encore les interventions de longue durée ; lorsqu'il s'agit d'exactions multiples, de trépaner le sinus par l'alvéole ou par la fosse canine. Enfin il est des cas où l'intervention sous anesthésie générale est absolument nécessaire : il s'agit des enfants, des personnes susceptibles ou douillettes, des névropathes enfin. Dans tous ces cas les résultats obtenus sont excellents et le chlorure d'éthyle peut être employé avec succès.

Nous n'avons pas le temps d'établir une longue comparaison avec les autres agents susceptibles de provoquer la narcose. A notre avis, le chlorure d'éthyle est préférable, en chirurgie dentaire, au chloroforme et à l'éther. Ceux-ci, en effet, d'un mode d'administration moins facile, ont des contre-indications et des inconvénients ; ils peuvent occasionner des accidents, et présentent l'ennui de provoquer une durée de sommeil disproportionnée avec le temps nécessaire aux opérations pratiquées habituellement en chirurgie dentaire.

Le chlorure d'éthyle doit être également préféré aux autres anesthésiques généraux de courte durée employés habituellement en chirurgie dentaire : le protoxyde d'azote et le bromure d'éthyle. Le premier est d'une administration moins commode et nécessite un appareil encombrant ; il peut provoquer de la cyanose et donne une durée de sommeil plus courte. Le bromure d'éthyle provoque du larmoiement, de la congestion de la face, des vomissements et présente des dangers au delà d'une certaine dose.

De ce rapide exposé ressortent les avantages du chlorure d'éthyle comme anesthésique général. Nous croyons fermement à la supériorité de cet agent, et la faveur que lui accordent aujourd'hui les chirurgiens-dentistes est parfaitement justifiée.

Pour terminer, nous voulons indiquer un procédé nouveau d'administration du chlorure d'éthyle applicable à la chirurgie dentaire. Il s'agit d'une méthode d'anesthésie locale et d'anesthésie générale combinées, dont les règles ont été récemment établies par M. Pont, directeur de l'École dentaire de Lyon.

*C. Anesthésie locale et anesthésie générale combinées
au chlorure d'éthyle.*

Les propriétés d'anesthésique général du chlorure d'éthyle

ont été connues par hasard. Cet agent était seulement employé localement lorsqu'un jour un chirurgien-dentiste de Gothenbourg, Carlson, appliquant sur la gencive d'un malade un jet de chlorure d'éthyle, s'aperçut brusquement que celui-ci s'était endormi. Les vapeurs de chlorure d'éthyle inconsciemment respirées par le patient avaient provoqué la narcose. Un nouvel agent d'anesthésie générale était connu. Nous en avons déjà montré les avantages.

Cela devint bientôt un fait d'observation courante, et il n'est pas de chirurgien-dentiste qui, faisant une anesthésie locale, n'ait, sans le vouloir, endormi son sujet. Cela est tellement vrai que certains opérateurs prolongent intentionnellement la pulvérisation sur la gencive dans le but d'étourdir leur malade, lui recommandant même de respirer largement pendant qu'ils font l'application locale du chlorure d'éthyle.

Le procédé que nous allons exposer ne fait qu'ériger en méthode ce que l'on obtenait jusqu'à présent par hasard. Cette méthode repose, du reste, sur des données scientifiques, sur des preuves physiologiques expérimentalement démontrées.

En effet, la marche de la narcose dans l'anesthésie par le chlorure d'éthyle présente quelque chose de très particulier. Ceci ressort très nettement des travaux si intéressants de M. Reboul, chirurgien des hôpitaux de Nîmes.

On peut observer, trois périodes dans la marche de la narcose. Dans une première période, le malade présente seulement de l'analgésie, avec persistance de la sensibilité tactile et conservation de la connaissance et des mouvements. La deuxième période est caractérisée par l'anesthésie complète avec abolition des réflexes et résolution musculaire. Enfin, avant son réveil, le malade passe par une troisième période, où l'abolition de la sensibilité à la douleur a persisté, alors que la sensibilité tactile, les mouvements volontaires, la conscience en un mot, ont réapparu. Le malade effectue des mouvements et répond même aux questions qu'on lui pose, mais l'analgésie est encore complète.

C'est précisément sur ces faits que nous venons d'exposer d'une façon succincte qu'est basé le procédé de M. Pont.

Voici le manuel opératoire tel que nous l'utilisons selon les conseils de M. Pont.

On place tout d'abord au fond de la bouche du malade un morceau de gaze ayant les dimensions d'une enveloppe ordinaire. Ce fragment de gaze est placé en entonnoir, exactement comme si l'on voulait mettre la digue en caoutchouc sur une grosse molaire. On pose ensuite sur ce morceau de gaze un tampon de coton hydrophile du volume d'une noix. Ceci fait, on pulvérise sur le tampon de coton 2 à 3 cent. cubes de chlorure d'éthyle, en recommandant au malade de respirer largement par la bouche ; on a eu soin d'introduire au préalable deux petites boulettes de coton dans les narines du sujet. Pendant que le malade respire on procède à l'anesthésie locale de la gencive suivant le mode opératoire habituel. Lorsque la gencive est blanche et que le malade a fait cinq ou six inspirations, on peut opérer. On a produit de l'anesthésie locale et un commencement d'anesthésie générale ; on a en un mot atteint la première période signalée par M. Reboul.

Le malade est analgésié, il n'a conservé qu'une conscience vague de l'endroit où il se trouve, mais il peut obéir aux ordres qu'on lui donne et répondre à la voix de l'opérateur. En même temps la dent est anesthésiée localement et l'on peut en une séance pratiquer deux ou trois extractions.

Cette méthode, qui donne d'excellents résultats, est applicable dans tous les cas. Elle n'exige aucun préparatif, aucune précaution : « Je n'auscule pas mon malade, dit M. Pont, je ne lui demande pas s'il est à jeun, je puis opérer aussi bien le soir que le matin. »

Nous nous associons pleinement aux conclusions de notre maître. Nos expériences personnelles nous autorisent à attribuer à ce procédé de précieux avantages. Tous les jours, nous avons pu vérifier la simplicité de cette méthode, l'absence totale de dangers et les excellents résultats que l'on

obtient. Elle est surtout indiquée dans les cas où l'anesthésie locale est insuffisante. Les résultats obtenus par une pulvérisation bien faite sont souvent excellents ; mais il est des cas où, quel que soit l'agent employé pour la provoquer, l'anesthésie locale est imparfaite. Lorsqu'il y a périostite ou pulpite, lorsque la dent mal implantée ne permet pas de faire une application bien efficace du chlorure d'éthyle ou de tout autre agent d'anesthésie locale, on ne peut évidemment promettre au patient qu'il ne sentira absolument rien. Cela est plus évident si l'on a deux ou trois dents à enlever : l'anesthésie locale ne peut alors être suffisante. Nous avons bien à notre disposition l'anesthésie générale. Mais nous savons tous que beaucoup de personnes redoutent l'anesthésie générale et refusent de se laisser endormir pour une extraction dentaire.

Dans ces cas particuliers la méthode que nous préconisons présente une grande utilité pratique. La combinaison de l'analgésie avec l'anesthésie locale aura suffi. Vous ferez votre extraction sans douleur et le patient, qui aura pu suivre dans son demi-sommeil tous vos mouvements, ne vous reprochera pas de l'avoir endormi. On obtient ainsi par ce procédé tous les états intermédiaires entre l'anesthésie locale simple et l'anesthésie générale.

Nous n'insisterons pas davantage. Nous tenons à votre disposition un grand nombre d'observations dont la lecture ferait encore mieux ressortir les avantages de la méthode et les excellents résultats que peut en attendre le chirurgien-dentiste.

Tels sont, rapidement énumérés, les cas de la chirurgie dentaire où le chlorure d'éthyle peut être utilisé. C'est un agent très précieux dans un cabinet dentaire, très précieux surtout, parce que, à côté des résultats satisfaisants qu'on obtient dans la plupart des cas, il offre aussi une sécurité absolue. Je ne suis pas exclusif, et je ne prétends pas que le chlorure d'éthyle doive détrôner tous les autres agents d'anesthésie auxquels le chirurgien-dentiste peut faire

appel. Mais j'ai cru bon d'insister sur ce corps qui seul possède, réunies et à un si haut degré, les propriétés d'anesthésique local et général à la fois. C'est un agent d'anesthésie très utile, qui rend beaucoup de services et l'on ne saurait trop vulgariser son emploi en chirurgie dentaire.

ANESTHÉSIE GÉNÉRALE AU CHLORURE D'ÉTHYLE

Par J. REBOUL (de Nîmes).

(*Communication au Congrès de Grenoble, août 1904.*)

(1^{er} article.)

Depuis le mois d'octobre 1901, c'est-à-dire depuis trois ans, j'emploie couramment le chlorure d'éthyle pour l'anesthésie générale.

J'ai employé le chlorure d'éthyle seul pour des opérations de courte durée et l'anesthésie mixte, chlorure d'éthyle et chloroforme, pour des opérations importantes; dans ces derniers cas le chlorure d'éthyle m'a permis de supprimer les périodes de début de l'anesthésie chloroformique, pendant lesquelles se produisent les accidents les plus graves de cette narcose, et de diminuer beaucoup la dose de chloroforme à employer.

Ces anesthésies ont été faites, sous ma direction, dans ma clientèle privée par mon collègue des hôpitaux et ami M. Olivier de Sardan, avec qui j'ai commencé à employer ce mode d'anesthésie; à l'hôpital, avec mes anciens internes, MM. Rabejac, Calvet, Gau, Coste, et MM. Mouret, Babeau et Pavy, mes internes actuels.

Jusqu'à présent sur plus de mille anesthésies générales au chlorure d'éthyle, je n'ai pas noté un seul accident, pas même une alerte sérieuse.

L'anesthésie générale au chlorure d'éthyle employée pour des opérations chirurgicales doit être faite dans la position horizontale. Cependant, pour des opérations de courte durée, et d'après les faits que j'ai observés, on peut faire cette narcose dans la position assise, mais il faut pouvoir placer rapidement le malade en décubitus dorsal si cela devient nécessaire. Quoique je n'ai encore observé aucun accident

au cours de l'anesthésie au chlorure d'éthyle en position assise, je crois qu'il est beaucoup plus prudent d'endormir le malade dans le décubitus dorsal.

Pour l'anesthésie générale au chlorure d'éthyle j'emploie des tubes gradués de 50 centimètres cubes et à jet fort, livrés par la marque Kélene. Avec ces tubes gradués on dose exactement la quantité de chlorure d'éthyle que l'on fait respirer au malade ; les autres tubes ne sont pas pratiques pour l'anesthésie générale. Il vaudrait mieux que ces tubes ne contiennent que 15 ou à la rigueur 25 centimètres cubes, afin qu'un tube ne servit que pour une seule anesthésie.

Comme procédé d'anesthésie, j'emploie celui qui a été préconisé par M. Malherbe, au Congrès de chirurgie en 1901, c'est-à-dire le procédé de la compresse ; il est simple, commode, très suffisant et permet de surveiller attentivement le malade.

On lance sur la compresse tenue dans le creux de la main un jet de chlorure d'éthyle de 5 centimètres cubes, jusqu'à la production, non pas d'une mousse de neige, mais d'une plaque liquide. On l'applique alors brusquement sur le nez et la bouche du malade, la main en creux, de façon à empêcher l'accès de l'air. Il faut que le malade respire du chlorure d'éthyle pur, sans air mélangé autant qu'il est possible. Si l'on ne prend pas cette précaution, le malade peut avoir une période de sensation gênante ou ennuyeuse.

La première dose d'anesthésique à donner est de 2 à 5 centimètres cubes suivant les malades ; avec cette dose, à la troisième inspiration, quelquefois à la deuxième, pourvu qu'elle ait été suffisamment profonde, l'analgésie est complète, on peut commencer l'opération, le malade ne sent rien ; il ne dort pas encore, il est seulement analgésié, mais une à trois minutes après l'application de la compresse, l'analgésie se transforme en anesthésie.

Le chlorure d'éthyle est ensuite administré à petites doses, ne dépassant pas 5 centimètres cubes, doses régulièrement espacées à peu près toutes les cinq minutes.

Nous avons pu faire ainsi des opérations de 30 à 40 minutes, avec 25 centimètres cubes de chlorure d'éthyle. Il est vrai que l'anesthésie générale n'avait pas duré tout ce temps-là, et qu'à l'anesthésie proprement dite avait succédé la période d'analgésie qui permet de terminer l'opération ou de faire le pansement sans que le malade éprouve la moindre douleur.

L'anesthésie au chlorure d'éthyle comprend en général trois périodes :

- 1^{re} Période analgésique, courte ;
- 2^e Période anesthésique ;
- 3^e Période analgésique, longue.

Dès les premières inhalations, après quelques secondes, il y a analgésie.

1^{re} Période analgésique — l'anesthésieur a conscience et peut indiquer le début de cette période : Il éprouve la sensation d'un refroidissement intense dans la main qui maintient la compresse et un courant d'air très froid entre les doigts ; il entend une inspiration large et profonde. On peut dès lors commencer l'opération ou l'examen, le malade ne sent pas. Cette période analgésique, pendant laquelle le malade peut encore remuer sans se défendre ni parler, ne dure que fort peu de temps, une à trois minutes tout au plus ; elle est rapidement remplacée par la période anesthésique.

L'anesthésie (2^e période) se manifeste par la résolution musculaire, quelquefois par la dilatation de la pupille. Cette période peut être prolongée assez longtemps. Mais il ne me paraît pas qu'on doive dépasser quinze à vingt minutes et employer plus de 20 à 25 centimètres cubes de chlorure d'éthyle, car on peut tenir compte pour la durée de l'opération de la période analgésique utilisable qui suit l'anesthésie.

Dans quelques cas je n'ai pas observé d'anesthésie, l'analgésie s'est produite seule, assez complète pour me permettre d'opérer. Ainsi, avec M. Petge, médecin-major, j'ai pu opérer un de nos confrères de l'armée d'un phlegmon pro-

fond du cou, de la région carotidienne. Le malade put causer pendant que je l'opérais, il resta immobile sans souffrir.

Une *analgésie profonde* (3^e période) absolue succède toujours à l'anesthésie ; elle peut durer autant que l'anesthésie, 10 à 20 minutes. Le malade est réveillé, il cause, il sent, mais ne souffre pas.

Cette longue durée de la période analgésique m'a permis de faire une opération de quarante minutes, avec 25 centimètres cubes de chlorure d'éthyle. Pendant les sutures, le malade sentait que je lui « trouvais la peau », suivant son expression, mais il ne souffrait pas.

Nous avons rarement observé des phénomènes d'excitation cérébrale au début, sauf cependant chez les hystériques, les alcooliques et les enfants. Mais si l'anesthésie est bien faite, suivant la technique que j'ai indiquée, cette excitation dure peu et le malade entre rapidement en résolution musculaire.

Certains sujets sont absolument réfractaires à l'action anesthésiante du chlorure d'éthyle ; j'en ai observé 8 cas. C'étaient des nerveux, des neurasthéniques, surtout des alcooliques, je m'explique mal ces exceptions, d'autant plus que bien d'autres nerveux ou alcooliques ont été très facilement endormis avec le chlorure d'éthyle.

L'anesthésie générale au chlorure d'éthyle ne paraît pas influer beaucoup sur le cœur et les poumons. Le plus souvent le pouls est régulier. L'augmentation de sa fréquence indique que le chlorure d'éthyle est donné à des doses trop abondantes ou trop répétées ou qu'il est mélangé d'air. Il faut en effet que la compresse imbibée de chlorure d'éthyle soit, pendant le début de l'anesthésie jusqu'à ce que la résolution musculaire ait été obtenue, intimement appliquée au-devant du nez et de la bouche.

En tous cas la fréquence exagérée du pouls, est le plus souvent passagère, pourvu que l'on revienne aux doses et aux précautions que j'ai indiquées.

La respiration est absolument régulière, normale dans

son rythme, sa profondeur, sa fréquence. Nous avons observé, dans quelques cas, de la congestion de la face et parfois un petit ronflement pendant la période anesthésique ; j'attribue ces particularités à des doses trop fortes.

Nous n'avons pas remarqué les pauses respiratoires signalées au début de cette narcose par MM. Le Dentu et Girard.

M. Rabejac n'a pas constaté dans ses expériences, des variations nettes de la tension sanguine ou celles qu'il a notées étaient insignifiantes.

L'état de la pupille dans l'anesthésie générale au chlorure d'éthyle est très variable. Mon ancien interne, M. Rabejac, a fait les constatations suivantes, indiquées dans sa thèse :

Pas de modifications.....	52 %
Dilatation.....	40
Rétrécissement.....	8

Le plus souvent, durant toute la durée de l'anesthésie, le malade est dans une résolution musculaire complète. Cependant j'ai observé plusieurs fois, surtout lors d'opération sur les régions génito-urinaires et anales, des attitudes et des phénomènes passionnels. Un homme que j'opérais à l'hôpital d'un paraphimosis eut une érection intense, très gênante, suivie d'éjaculation. Tout dernièrement, j'opérais une femme de 35 ans, d'une fissure à l'anus. Elle eut dans la période d'anesthésie des mouvements érotiques très violents du bassin, suivis d'une éjaculation abondante des glandes de Bartholin.

Les malades anesthésiés au chlorure d'éthyle se réveillent rapidement dès la cessation des inhalations. Presque toujours au réveil, ils ont une transpiration abondante, le plus souvent localisée à la tête.

En ouvrant les yeux, les malades paraissent sortir d'un rêve profond et cherchent à se rendre compte de l'endroit où ils se trouvent, puis se mettent à causer, indifférents à ce qui se passe du côté de l'opération ou même la suivant avec attention, sans éprouver ou manifester la moindre douleur.

Le plus souvent pendant l'anesthésie générale au chlo-

rure d'éthyle, les sujets endormis, rêvent. Ces rêves sont en rapport avec le développement intellectuel de l'individu ; ils sont simples ou compliqués.

Le rêve simple le plus fréquent est le suivant : le malade s'est senti anéanti, perdu dans un espace bleu de ciel, puis brusquement la scène change, il se trouve enfermé dans un espace obscur, de forme le plus souvent circulaire, où brille dans un point une lumière blanche très vive — qui attire le malade — ; il se réveille au moment où il s'approche de cette source lumineuse, tout surpris de se retrouver dans le local où il était avant l'anesthésie.

Les rêves faits par certains malades pendant l'anesthésie au chlorure d'éthyle sont souvent agréables.

Une jeune dame, dont je trépanais le tibia pour une ostéomyélite, avait suivi le temps de l'opération au début et à la fin pendant les périodes analgésiques, elle disait que je lui incisais la peau, le périoste, que « je trouais le tibia, que je la cousais ». Elle rêva pendant l'anesthésie qu'elle se sentait emportée dans une voiture légère trainée par de fougueux coursiers, au milieu des bois et des fleurs. Les sensations qu'elle a éprouvées montrent que, pendant l'anesthésie, il y a eu chez elle un véritable dédoublement de la personnalité ; elle suivait l'opération, m'interrogeait à ce sujet et pendant ce temps elle rêvait et se croyait transportée dans un tout autre milieu qu'une salle d'opérations.

Voici d'ailleurs la relation qu'elle a faite elle-même de son anesthésie et qu'elle a bien voulu me remettre :

« L'instant de l'opération arrivé, j'attendais le docteur non sans un petit frisson bien excusable ; j'avais résolu de noter mes sensations... Le voilà ! puis l'appareil ordinaire, la salle d'opérations, la table, les docteurs, les aides, tout est prêt.

» Il s'agit de s'endormir avec le chlorure d'éthyle. « Respirez largement par la bouche, » me dit mon anesthésieur. J'obéis et une vapeur légèrement acidulée m'emplit la poitrine avec un picotement et j'entends un bruit lointain à peine perceptible, du vent dans les feuilles !

» Mes perceptions deviennent un peu vagues, et à cet instant je sens la peau du membre à opérer fendue sur une certaine longueur, je le manifeste.

» Une seconde inspiration bien large et je me sens non pas anéantir, mais *transformer*; c'est un passage très modelé et sans secousses de la vie extérieure au monde du rêve : le docteur et moi nous allons, emportés par une idée commune, travaillant à la même œuvre, très intéressés et calmes, faisant différentes stations, la dernière devant un mur circulaire, puis plus rien, le réveil brumeux pour une seconde.

» L'opération s'achève, j'entends les derniers mots des docteurs. Puis j'éprouve le sentiment de ce qui se passe et le regret d'avoir quitté ce monde où il n'était pas question d'opérations.

» L'intelligence est parfaitement nette, je veux conserver le souvenir du milieu et des circonstances où s'est déroulé le rêve ; mais tout s'échappe avec la première parole. Non, je ne saurai jamais exactement ce que j'ai vu et entendu pendant ces 10 minutes.

» Reportée dans ma chambre, trois nausées bilieuses, c'est tout ; le reste du jour un mal de tête si léger, pas de prostration, plus rien..... »

Un des jours suivants :

— Docteur, quand vous me panserez, je regarderai la plaie et vous m'expliquerez l'opération, n'est-ce pas !

— C'est inutile, vous l'avez vu faire.

— Allongée et endormie, comment voulez-vous ?

— Parfaitement, allongée et endormie ; les yeux ouverts, vous avez nettement décrit les diverses phases de l'opération.

— Comment ! pendant que je rêvais mon intelligence vous suivait ! et je traduisais par des mots les faits que cette intelligence constatait ! Mon être physique à la fois insensible et agent de l'être moral !

D'autre part et simultanément, l'imagination se créait des visions dont la trame — identité du docteur, travail, mur circulaire — n'étaient pas sans rapports avec les faits réels...

Tout cela est plein de choses... et de phénomènes inconnus et mystérieux. »

Dans une autre cas j'ai été témoin, pendant une anesthésie au chlorure d'éthyle, d'un rêve à la fois intellectuel et sensuel. Il s'agissait d'une jeune femme, très cultivée, musicienne, mais très nerveuse. Je l'avais déjà endormie au chlorure d'éthyle, un mois auparavant pour lui inciser et lui drainer un petit abcès aigu et j'avais remarqué la sensation du bien-être qu'elle éprouvait pendant l'anesthésie. Cette fois je dus l'endormir à nouveau pour lui inciser un abcès plus important.

Dès que je lui eus placé la compresse imbibée de chlorure d'éthyle au-devant du nez et de la bouche, elle la saisit brusquement et violemment avec ses mains, l'appliquant plus hermétiquement sur ces orifices, en respirant les vapeurs de chlorure d'éthyle avec une avidité passionnelle ; bientôt sa figure exprima une béatitude extrême, elle soupirait, riait même et avec éclats, puis des mouvements convulsifs et passionnels du bassin se produisirent avec une grande amplitude ; enfin, elle tomba en extase érotique, elle s'assoupit et se réveilla ensuite affaissée, brisée, je dus remettre mon opération à une séance ultérieure.

Voici la relation de son rêve :

« Certains passages sont un peu confus, mais d'autres sont restés très précis à ma mémoire. Je vais les retracer le plus fidèlement possible.

Étant partie très brusquement dans le pays des rêves, j'ai cru entendre d'abord une musique très douce, semblable aux sons lointains d'une harpe. Je n'avais plus de corps, je n'étais plus rien qu'un souffle très léger et je partais ainsi dans un monde inconnu où tout était bleu ; minute délicieuse, mais de courte durée.

Je crois avoir eu à certains moments un peu de lucidité.

Enfin je suis redescendue cette fois dans un monde plus réel.

A ce moment, une lutte terrible s'est passée en moi entre l'ivresse que j'éprouvais et le peu de raison qui me restait. »

(*A suivre.*)



REVUE DE L'ÉTRANGER

L'A B C DES COURONNES ET DES BRIDGES

Par FRED. A. PEESO, D. D. S., de Philadelphie

Extrait et traduit du *Dental Cosmos*¹, par M. GODON (4^e article).

Traitemen t des états pathologiques des dents et de la bouche et de leurs rapports avec les couronnes et les bridges.

Le traitement des différents états pathologique des dents et de la bouche constitue un élément des plus importants pour la réussite des couronnes et des bridges ; on fera bien d'y consacrer beaucoup de temps et d'attention, surtout si les dentistes en font leur spécialité, ou ont l'occasion d'en exécuter un grand nombre.

C'est surtout la manière dont un cas est traité plutôt que le temps qu'on y consacre qui permet d'enrayer les différentes complications qui peuvent s'élever.

Le dentiste doit découvrir la cause du mal et la détruire. Le traitement doit être complet pour être efficace.

Traitemen t de l'abcès alvéolaire aigu et chronique.

Parmi les différentes affections de la bouche contre lesquelles le spécialiste des couronnes et des bridges doit lutter, l'abcès alvéolaire est probablement celle qu'il rencontre le plus souvent et qu'il est appelé à soigner. C'est aussi une de celles que l'on guérit le plus facilement pourvu qu'on s'y prenne bien.

Sans doute il y a des exceptions, mais il y en a très peu ; et, dans ces cas exceptionnels, ce sont généralement d'autres complications qui retardent la guérison ou l'empêchent d'aboutir.

Une dent présentant un abcès constitue pratiquement, si elle est bien soignée, un arc-boutant aussi bon et aussi durable pour supporter une couronne ou un bridge qu'une dent récemment dévitalisée et obturée.

Pour traiter ce cas, il n'est pas nécessaire de faire venir le patient

¹. *Dental Cosmos* de janvier 1903 à mai 1904. V. *L'Odontologie* des 30 novembre, 15 et 30 décembre 1904.

tous les jours ou deux ou trois fois par semaine pendant des semaines ou des mois.

Il est bien rare qu'on ne puisse pas guérir complètement un abcès, qu'il soit aigu ou chronique, en une ou deux séances au plus de traitement. Mais pour cela l'opérateur doit, comme nous l'avons déjà dit, faire son travail consciencieusement et obturer les racines aussitôt après le pansement final. Tant qu'on laissera les racines ouvertes, l'abcès reprendra le dessus. Des gaz putréfiés apparaîtront dans les canaux qui maintiendront l'irritation et l'inflammation et l'on constatera la présence de pus.

Un dentiste ne doit jamais entreprendre le traitement d'un abcès sans avoir préalablement pratiqué une fistule à travers laquelle il puisse atteindre l'abcès et le drainer.

L'apex de la racine pénètre toujours quelque peu dans l'espace nécrotique formé par l'abcès ; on ne peut pas espérer que les médicaments que l'on injectera par le petit foramen apical dans cet espace le nettoieront et entraîneront les débris par la même ouverture (fig. 31).

FIG. 31.

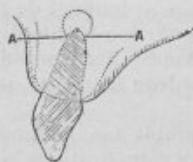
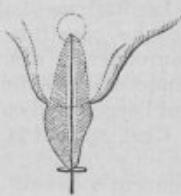


FIG. 32.



FIG. 33.



Même s'il était possible d'introduire dans la poche une quantité suffisante de médicaments pour pouvoir obtenir avec des conditions favorables de bons résultats, il y aurait encore une certaine quantité de débris qui séjourneraient dans la poche autour de l'apex saillant de la racine, comme en A, fig. 31, lesquels agiraient en corps étrangers et irritants et finalement ramèneraient des troubles.

Si l'abcès se décharge par le canal, et qu'il n'y ait pas de raison particulière pour accélérer, on pourra obturer la racine avec de la gutta-percha et essayer de pratiquer une fistule.

L'opérateur facilitera le traitement en recouvrant la gencive d'iode ou en employant des capsicum plasters ou autres substances servant généralement à faire aboutir un abcès.

Si le patient ne peut pas en supporter la douleur, on fera bien d'aider la nature en ayant recours à des mesures énergiques et de percer le procès alvéolaire.

Le patient redoutera naturellement beaucoup une première opération de ce genre, mais elle peut être pratiquée en réalité sans beaucoup de souffrance.

Technique opératoire du traitement des abcès chroniques.

La première chose à faire consiste à ouvrir la racine, à nettoyer complètement le canal et à élargir quelque peu le foramen apical.

Pour cela on emploie de préférence les forets de Gates-Glidden, les instruments à nettoyer les canaux de Donaldson, les équarisoirs ou broches de Kerr, ou encore ceux de Fellowship, ces derniers spécialement si les canaux sont très resserrés et doivent être élargis, étant donné que ces instruments sont très résistants et qu'on a moins de chance de les casser dans les racines ; on peut les employer d'abord et se servir ensuite des forets de Gates-Glidden.

Si la racine doit être utilisée pour une couronne ou comme arc-boutant d'un bridge là où il faudra introduire un pivot dans le canal, on peut employer après les forets de Gates-Glidden un équarisoir pour racine qui permettra d'élargir tout de suite le canal à la grandeur et à la profondeur voulues.

Il est maintenant nécessaire de connaître la longueur exacte de la racine pour savoir au juste à quelle distance au-dessus de la ligne de la gencive on devra pratiquer l'ouverture. On peut obtenir cela au moyen d'une toute petite broche à bout recourbé à angle droit de façon à former un crochet.

On prend d'abord un petit morceau de digue de caoutchouc et l'on y enfile l'instrument (fig. 32). Puis on introduit l'instrument dans le canal, en faisant passer l'extrémité par le foramen apical de façon à ce que le crochet atteigne le bord de l'apex de la racine.

On fait glisser le morceau de caoutchouc le long de l'instrument jusqu'au bord incisif de la dent ou jusqu'à l'extrémité découverte de la racine (fig. 33).

On enlève l'instrument et l'on a ainsi obtenu la distance exacte qui sépare l'apex de l'extrémité de la dent ou de la racine.

Pour déterminer la position exacte de l'apex, on introduit dans le canal une autre broche assez grosse pour y être calée et y demeurer fixe; on en fait passer l'extrémité dans la poche par le foramen apical et on l'y laisse jusqu'à ce qu'on ait pratiqué l'ouverture.

On applique ensuite la broche crochue sur la dent et la gencive, le caoutchouc se trouvant à la hauteur du bord incisif de la dent ou de la surface découverte de la racine, et, en prenant note de la direction de la broche qui est restée dans le canal, on détermine la position exacte de l'apex (fig. 34).

Il y a différentes manières d'atteindre le procès alvéolaire au travers de la gencive.

On peut le faire au moyen d'un coup de lancette, avec de l'acide phénique, en employant une petite « trephine » (scie cylindrique,

munie d'une poignée placée transversalement au centre comme celle d'une vrille et d'un perforateur qui sert d'axe à la scie pour effectuer son mouvement de rotation destiné à pratiquer une cavité), ou bien encore en introduisant à la fois des forets dans la gencive et dans l'abcès.

Quand on suit la seconde méthode, il faut placer un petit rouleau de coton absorbant ou du papier buvard près de l'ouverture en question et au-dessous, afin d'empêcher l'acide phénique de se répandre sur la gencive.

On met un peu d'acide phénique dans une petite ampoule ou dans tout autre récipient ad hoc et on le place sur la table à portée de la main.

On plonge dans l'acide un excavateur à cuiller de bonne taille, très tranchant et bien propre ; la gencive ainsi cauterisée par l'acide phénique est enlevée graduellement juste au-dessus de l'apex de la racine.

Chaque fois qu'on voit apparaître du sang, il faut replonger l'instrument dans l'acide et répéter l'opération jusqu'à ce qu'on atteigne la paroi osseuse. C'est une opération qu'on peut exécuter presque sans faire souffrir ni saigner et en quelques minutes.

Si la gencive est très sensible quand on emploie la lancette, la « tréphine » ou le foret, on peut faire l'injection d'un anesthésique local.

Il y a des patients qui n'auraient pas plus souffert de l'opération que de l'emploi de la seringue hypodermique ; mais la douleur occasionnée par l'introduction de l'aiguille peut être presque entièrement évitée par les soins de l'opérateur.

Il devra d'abord s'assurer que sa seringue est en bon état et ne fuit pas et que la pointe de l'aiguille est effilée et propre. Après avoir rempli la seringue, il pressera fortement le côté effilé de l'extrémité contre la gencive, en poussant en même temps le piston.

Il maintiendra l'instrument dans cette position pendant un moment, puis fera pénétrer très lentement l'aiguille dans la gencive, tandis qu'il continuera à presser sur le piston.

De cette façon, les tissus se trouvent anesthésiés en avant de la pointe et le patient ne ressent pas de douleur ou presque pas.

Ouverture de la paroi alvéolaire.

Le meilleur instrument pour pénétrer dans le procès est un foret terminé en forme de lance et ayant à peu près 1/16 de pouce de diamètre.

Il est inutile de dire que, dans toutes les opérations de ce genre, on doit faire preuve de la plus grande propreté et que les instruments employés doivent être entièrement stérilisés, de façon à ce qu'il n'y ait aucun danger d'infection. On obtiendra cela en les faisant bouillir et en les trempant souvent pendant l'opération dans une dissolution d'acide phénique, de formol ou de quelque autre antiseptique puissant. On devra le faire chaque fois qu'on emploiera les instruments et les laisser dans la dissolution jusqu'à ce qu'on s'en serve.

Tout étant prêt, l'instrument glissant facilement, on place la pointe du foret juste au-dessus de l'apex de la racine et on la fait pénétrer dans

la poche à travers le procès, de façon à rencontrer l'extrémité de la broche qui se trouve dans le foramen apical (fig. 34).

Aussitôt que l'on touche la broche, il est à peu près certain que l'on a atteint l'endroit désiré et qu'il y a un libre passage du canal de la racine à la surface de la gencive au travers duquel on peut introduire des médicaments.

FIG. 34.

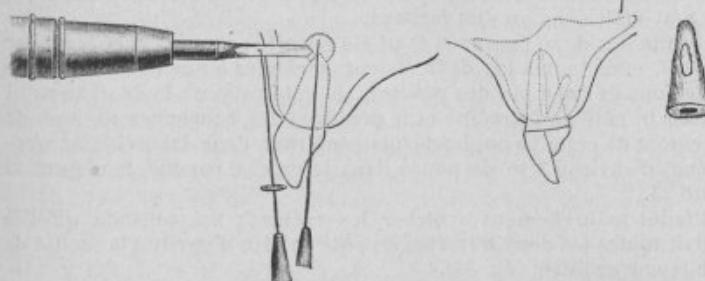


FIG. 35. a FIG. 36.

Si l'abcès date de longtemps, il y aura presque certainement quelques parties nécrosées du procès et de l'apex de la racine qui, dans quelques cas, peuvent s'être étendues jusqu'à l'os maxillaire.

Ce tissu malade doit être extirpé ; c'est au moyen de « rose burs » fraises perfectionnées, grosses et suffisamment résistantes, dans lesquelles la tige est courbée de façon à former un crochet qui permet à l'opérateur de tailler une cavité située sur la surface postérieure d'une dent en arrière, qu'on le fera le plus facilement.

Il est toujours préférable d'amputer l'extrémité de la racine. On devra entièrement nettoyer la poche et couper la moindre parcelle d'os nécrosé.

On peut aussi employer avantageusement dans ces opérations un large et tranchant excavateur à cuiller.

On se rend compte facilement si toutes les parties malades de l'os ont été enlevées en touchant avec l'instrument.

Quand on coupe l'os nécrosé, on éprouve sous l'instrument une sensation analogue à celle que donnerait un gros rayon de miel, mais aussitôt que tout est enlevé la partie saine de l'os paraît lisse en comparaison.

Quand il y a une grande surface nécrosée, il peut être nécessaire de faire des incisions dans la gencive pour l'atteindre.

Un cas démonstratif.

Nous avons rencontré il y a quelques années un cas intéressant d'abcès alvéolaire accompagné de nécrose étendue.

Le patient était un homme de trente-cinq à quarante ans. Deux ans auparavant on lui avait placé une couronne sur chaque racine centrale supérieure.

Il avait beaucoup souffert pour la préparation des racines, pour la pose des couronnes et même quelque temps après.

Bientôt après la pose des couronnes, un abcès apparut dans le palais sur la ligne médiane à un demi-pouce environ en arrière des dents.

Cela empira et quand l'auteur de cet article vit pour la première fois le patient, le pus apparaissait également autour du collet des dents du côté palatin.

Les racines étaient très ébranlées, si bien qu'il fallut faire très attention en retirant les couronnes. Quand on les eut enlevées, on s'aperçut que tout était dans un état fâcheux.

Aucune des deux racines n'avait été ouverte par un plan passant par le canal, mais toutes les deux étaient perforées à une courte distance au-dessous de la ligne des gencives du côté palatin ; le dentiste avait perforé le côté de la racine et le procès et les couronnes avaient été cimentées de cette façon, les pivots pénétrant dans la racine et s'enfonçant d'environ 3/16 de pouce dans le procès, comme le montre la figure 35.

Il fallut naturellement arracher les racines ; on constata qu'elles étaient toutes les deux ouvertes du côté palatin d'environ la moitié de leur longueur totale (fig. 36).

Le procès s'était entièrement détaché du côté palatin des deux racines centrales et la surface nécrosée s'étendait de chaque côté, mettant partiellement à nu les racines des deux latérales ; de plus, elle s'étendait en arrière dans le palais jusqu'en un point *a* (fig. 35) où le procès palatin était si perforé qu'on aurait pu faire passer un gros instrument par l'ouverture en soulevant la muqueuse qui recouvre la paroi des fosses nasales.

Dans ce cas il était nécessaire de couper la gencive du côté palatin presque jusqu'à l'endroit perforé, de l'écartier sur chaque côté, et de couper et de gratter au moyen de fraises et de grands excavateurs à cuiller jusqu'à ce que toute la partie malade de l'os eût été enlevée.

Dans un autre cas rencontré il y a un an, la malade était une dame d'environ trente ans.

On lui avait posé une couronne Logan sur la première bicuspidé droite supérieure.

Tous les dentistes devraient pourtant savoir que cette dent a deux racines ; cependant, au lieu d'ouvrir les canaux, le dentiste avait enfoncé son foret directement à travers la paroi de la cavité pulinaire et dans le procès entre les deux racines, et la couronne avait été ajustée et cimentée de cette façon.

Naturellement la malade avait beaucoup souffert pendant l'opération et une fois que la couronne fut cimentée ; mais on lui dit que tout allait très bien et que les douleurs disparaîtraient bientôt.

La malade partit pour l'étranger aussitôt après que le travail fut terminé ; mais, au lieu de sentir la moindre amélioration, les douleurs avaient si bien augmenté qu'elles devinrent bientôt intolérables.

Elle alla trouver un dentiste allemand qui lui enleva sa couronne, soigna la dent et obtura la cavité pulinaire à la gutta-percha, mais qui évidemment ne soupçonna pas l'état de la dent.

La malade continua à souffrir, et c'est quand elle revint aux Etats-Unis qu'on s'aperçut, en enlevant la gutta-percha, que la racine était dans l'état décrit plus haut.

La gutta-percha et le ciment avaient été tassés dans la cavité formée dans l'alvéole entre les racines qui présentaient toutes les deux un mauvais abcès.

On trouva aisément les deux canaux qu'on ouvrit jusqu'à l'apex.

Il fut nécessaire d'amputer les extrémités des deux racines ; après traitement, on obtura les canaux et la racine put être utilisée comme arc-boutant d'un bridge qui rend aujourd'hui de grands services.

On rencontre fréquemment des cas de ce genre qui occasionnent beaucoup d'ennuis et auxquels il est même quelquefois impossible de remédier.

Quand la dent et les parties voisines ont reçu le traitement chirurgical nécessaire, on peut appliquer le traitement médical.

La meilleure seringue pour cet emploi est la seringue n° 33 qui présente un récipient en caoutchouc d'un quart d'once de capacité, une pointe en caoutchouc dur et une autre en caoutchouc et platine.

Traitements médicaux.

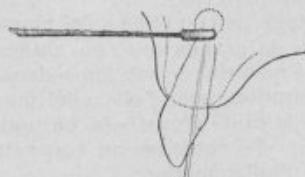
Il y a beaucoup de médicaments employés dans le traitement de l'abcès alvéolaire ; mais, pour obtenir des résultats immédiats et réels, il faut employer trois pour cent de b oxyde d'hydrogène et d'acide sulfurique aromatique.

On enveloppe la pointe de la seringue de caoutchouc ou de gutta-percha, de façon à fermer complètement l'ouverture de la dent ou de la racine et à permettre l'introduction des médicaments. Un bon moyen pour bien le faire consiste à prendre un morceau de caoutchouc épais, carré et isolant, d'y faire un petit trou par lequel on introduira la tige de la seringue, qu'on laissera dépasser quelque peu au-dessus du caoutchouc (fig. 37).

FIG. 37



FIG. 33.



On peut alors introduire l'extrémité de la seringue dans le canal et presser fortement le caoutchouc contre la dent au moyen de bruelles,

fermant de cette façon si bien l'ouverture qu'aucune goutte de liquide ne peut s'échapper par l'ouverture.

On emploie d'abord le b oxyde d'hydrogène que l'on introduit lentement dans la racine et qu'on fait ressortir par la fistule. On doit continuer jusqu'à ce qu'on n'aperçoive plus ni vestige de pus ni effervescence de la solution.

On ne court aucun danger en en mettant trop ; on peut aller jusqu'à deux ou trois onces et même davantage.

Certains font des objections à l'emploi de ce médicament sous prétexte qu'il peut être cause d'un état nécrotique, mais c'est probablement une erreur.

Si la solution ne pouvait s'échapper par aucune issue et si l'on l'introduisait dans la cavité sous une grande pression, ou encore si l'extrémité de la racine se fermait de façon à empêcher la sortie du gaz qui se forme, il pourrait en résulter des ennuis, mais il n'y a aucun danger si l'ouverture est suffisamment large.

Aussitôt qu'il n'y a plus d'écume, on emploie l'acide sulfurique aromatique qui contient 10 0/0 en volume et 20 0/0 en poids d'acide sulfurique concentré ; on l'emploie de la même façon que l'eau oxygénée.

On l'introduit très lentement par l'ouverture, en même temps qu'on inonde abondamment la bouche d'une forte dissolution de bicarbonate de soude. On peut le faire facilement au moyen d'une autre seringue que l'on tient de la main gauche et dont on place l'extrémité juste au-dessus de la fistule, de façon que la dissolution de bicarbonate de soude rencontre l'acide à sa sortie de la fistule.

De plus le patient devra se rincer convenablement la bouche avec la dissolution de soude après le traitement.

Il ne faut pas avoir peur d'employer l'acide abondamment. On peut en employer sans danger 1/16 à 1/8 ou 1/4 d'once. Il détruira les parties malades d'os ou de tissus qui restent et l'irritation conduira à une granulation nouvelle et salutaire.

Il faudra obturer la racine immédiatement après le traitement final ; si on doit poser sur la dent une couronne munie d'un pivot, on ne devra obturer que l'apex.

Quand l'apex de la racine a été amputé et le « foramen » élargi, il faut prendre de grands soins en obturant, car on risque d'introduire une certaine quantité de substance dans la poche par le foramen.

Cette obturation, quand elle a été faite par l'extrémité de la racine, est souvent la cause d'un abcès ou tout au moins d'un échec dans la guérison, car elle constitue un corps étranger et occasionne de l'irritation et de l'inflammation.

Obturation de la racine.

Quand une ouverture aura été pratiquée dans le procès, on fera bien d'appliquer la méthode suivante pour terminer l'obturation : on tiendra prête la substance devant servir pour l'obturation, de façon qu'on puisse l'introduire rapidement. On devra avoir à portée de la main une broche entourée de coton pour nettoyer le canal et des petits rouleaux effilés de coton ou de papier buvard pour le sécher.

Dans la main gauche, on tiendra un gros excavateur à cuiller ou quelque instrument à bout plat que l'on fera passer par l'ouverture située au-dessus de la racine et que l'on pressera fortement contre l'extrémité de la racine.

Puis on nettoiera le canal avec de Falcool au moyen d'une broche munie d'un coton, et on le sèchera complètement avec les pointes absorbantes préalablement préparées et de l'air chaud.

On peut alors tasser fortement l'obturation avec l'instrument que l'on tient au-dessus de l'apex de la racine, sans craindre que l'obturation ne pénètre dans l'espace apical (fig. 38).

Un épais morceau de gutta-percha constitue une bonne obturation pour les cas de ce genre et a l'avantage de pouvoir être aisément manié.

L'amalgame de cuivre est une des meilleures substances à obturation pour cet usage et pour les perforations.

Quand il n'est pas possible de tenir un instrument au-dessus de l'extrémité de la racine, on choisit un fouloir assez large pour n'entrer dans le canal que jusqu'à 1/16 de pouce environ ou un peu plus de l'apex.

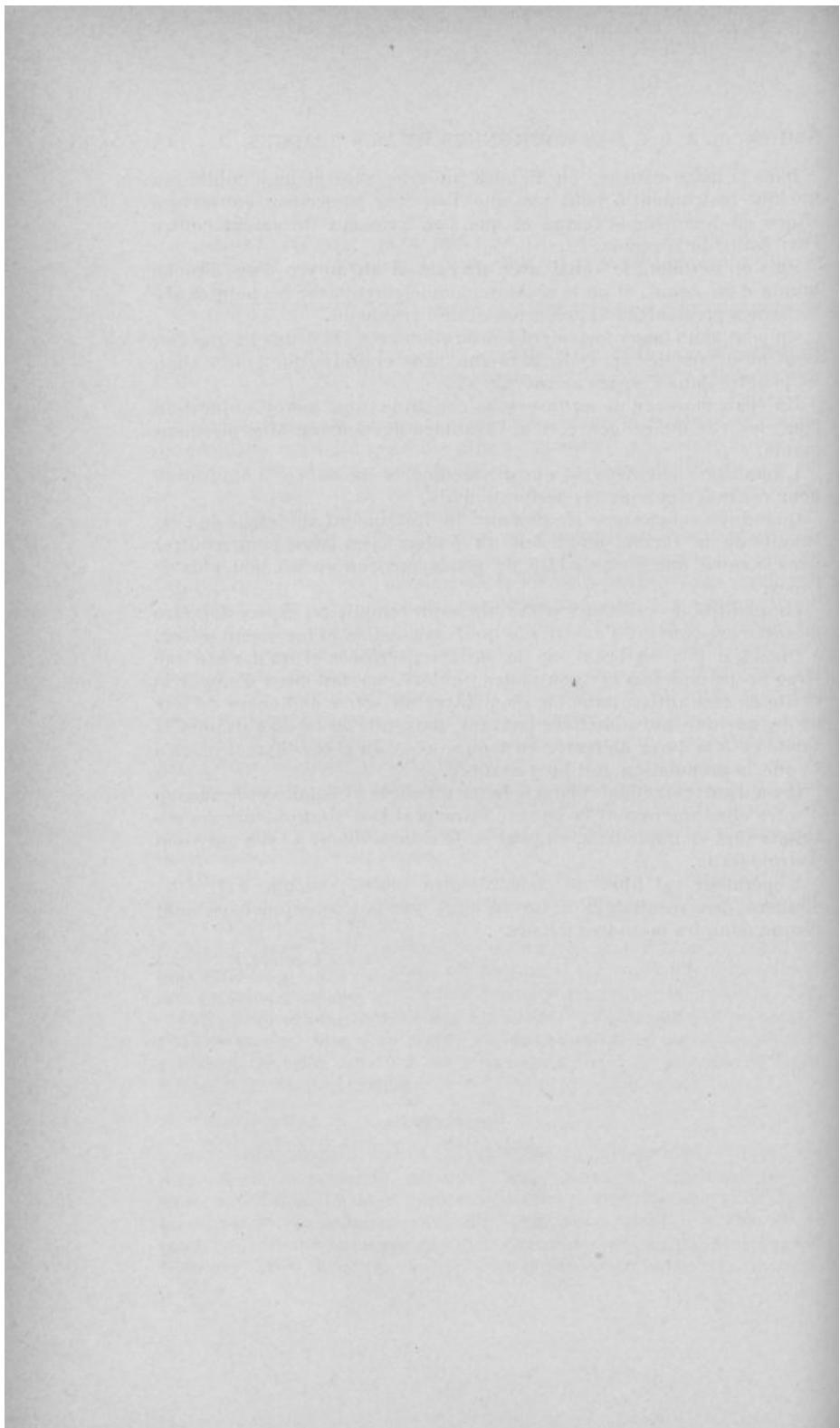
La quantité de substance nécessaire pour remplir cet espace doit être mesurée avec autant d'exactitude qu'il est possible et fortement tassée.

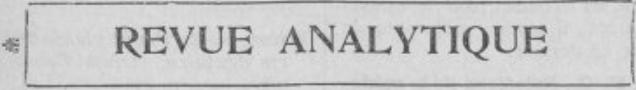
Quand il y a eu beaucoup de parties nécrosées et qu'il reste une large poche une fois le tissu malade enlevé, on fait bien d'emplir la cavité de gaze antiseptique ou d'employer un seton de bourre de soie ou de quelque autre matière pouvant convenir, de façon à drainer la cavité et à la laver de temps en temps avec du glyco-thymol jusqu'à ce que la granulation soit bien avancée.

Il y a d'autres méthodes pour soigner un abcès alvéolaire et beaucoup d'entre elles amèneront la guérison ; mais si l'on veut obtenir des résultats sûrs et immédiats, on peut se fier absolument à celle qui vient d'être décrite.

L'opérateur est libre de choisir entre toutes ; aucune d'elles ne donnera des résultats si le travail n'est pas fait consciencieusement jusque dans les moindres détails.

(A suivre.)





REVUE ANALYTIQUE

De Witt, N.-A., *Obturation immédiate des racines.* (*Dental Cosmos*, novembre 1904, p. 908.)

Le traitement est divisé en deux parties distinctes. Si la dent a un canal en putréfaction, on nettoie d'abord le canal ou les canaux avec du sodium et du potassium. Répéter ce nettoyage, puis laver avec de l'eau. Sécher ensuite avec une solution saturée d'hydronaphtol et d'alcool, ce qui dure 10 à 15 minutes, obturer alors d'une façon permanente avec un ciment à l'oxychlorure, poudre et liquide, ce dernier étant additionné d'environ 25 % de formaldéhyde. La poudre comprend 50 % d'oxychlorure et 50 % d'hydronaphtol, d'iodoforme, d'alun, de tannin et de thymol. Malaxer suffisamment épais pour pouvoir prendre du ciment sur une petite broche et l'introduire dans le canal. La prise est très lente. Le canal étant rempli, y enfoncer une pointe en gutta-percha le plus loin possible. Couper alors la pointe avec un instrument chaud le plus près possible du canal.

Reoch, N.-G., *Principe fondamental d'orthodontie.* (*Dental Cosmos*, novembre 1904, p. 910.)

L'occlusion commune est la base de l'orthodontie. Quand on étudie la malocclusion, il est essentiel d'avoir une idée bien nette de l'occlusion normale et, pour cela, de bien connaître l'anatomie détaillée des dents, leurs plans inclinés, leurs tubercules, les inclinaisons de couronnes et de racines, etc. Le rôle que l'occlusion joue pour maintenir les dents mal placées dans la malocclusion ou pour les maintenir dans leurs relations entre elles n'est pas apprécié comme il devrait l'être. Le praticien qui connaît l'occlusion et apprécie ses relations

intimes avec les lignes faciales et avec la mastication n'extraira pas une dent pour un redressement si ce n'est dans les circonstances les plus exceptionnelles et il ne le fera qu'après une étude approfondie des exigences faciales.

Spence, S. J., *Plaidoyer en faveur des cuspides linguales en prothèse dentaire.* (*Dental Cosmos*, novembre 1904, p. 915.)

La loi naturelle semble être que la cuspidé buccale de la première bicuspidée supérieure doit être aussi longue proportionnellement à la cuspidé de la canine qu'elle l'est proportionnellement à l'incisive latérale.

La canine étant essentiellement une dent de carnivore, il semblerait que les bicuspidées ses voisines étaient également destinées par la nature à manger de la viande; leur forme et leur occlusion montrent qu'elles sont spécialement adaptées pour déchirer la viande. C'est donc un tort de privier les dents de porcelaine des cuspidés de la bicuspidée. Cette privation n'est pas meilleure pour le végétarien, car la bicuspidée de la nature est un meilleur engin de broyage que les chevilles plates auxquelles sont souvent réduites par la meule les bicuspidées en porcelaine.

Après avoir examiné la forme de ces dents, leur occlusion et les mouvements du maxillaire, l'auteur conclut que, sauf peut-être pour les gens très âgés, les dents à longues cuspidés doivent être préférées aux dents sans cuspidés pour la mastication, en raison de leur rôle plus complet, parce que leurs pointes peuvent être disposées de façon à ne pas s'engrener avec d'autres pointes dans les diverses occlusions normales des maxillaires,

mais, au contraire, à venir en contact de façon à conserver la stabilité de la plaque et parce que, s'il faut abandonner soit les cuspides, soit le mouvement latéral, il semble préférable de sacrifier ce dernier.

Kirk, E.-C., Relations de la médecine et de la dentisterie. (*Dental Cosmos*, octobre 1904, p. 803.)

La prétention de la dentisterie d'être considérée comme une branche de l'art de guérir ne semble pas avoir besoin d'être démontrée à l'aide d'arguments, puisqu'elle a pour but de guérir des maladies et de rétablir des fonctions. Dans l'antiquité certaines catégories d'affections dentaires étaient traitées par les médecins, tandis que les restaurations prothétiques étaient exécutées par des artisans spéciaux. La dentisterie a donc une dualité d'origine : les problèmes de la pathologie l'ont maintenue en rapports constants avec la médecine, tandis que les exigences prothétiques l'ont maintenue en rapports constants avec l'artisan.

L'organisation professionnelle séparée de la dentisterie est devenue une nécessité par suite du mauvais vouloir des écoles de médecine à lui donner l'enseignement nécessaire pour l'instruction technique des praticiens dentistes. De là l'origine du titre dentaire séparé.

Le facteur le plus puissant dans les relations de la médecine et de la dentisterie, c'est l'extension du programme de l'enseignement dentaire de façon à embrasser les branches fondamentales de l'enseignement médical.

La pathologie dentaire et la bactériologie buccale ont montré que la bouche est le terrain de nutrition de multiples variétés de bactéries pathogènes qui l'habitent constamment et la porte d'entrée de la majorité des germes morbides dans l'organisme. La connaissance de l'importance diagnostique des phénomènes buccaux permet souvent au dentiste de reconnaître une maladie corporelle sérieuse avant que le patient s'en aperçoive. Inversement il est nécessaire que le médecin et le

chirurgien aient davantage recours à l'assistance du dentiste pour la solution des problèmes morbides qui les intéressent.

Hunt, G.-E., Prophylaxie de la carie dentaire. (*Dental Cosmos*, octobre 1904, p. 818.)

Il a été proposé quatre moyens d'arrêter les lésions de la carie à leur début : 1^o la sélection alimentaire ; 2^o le nettoyage mécanique ; 3^o le durcissement chimique ; 4^o l'emploi des bains de bouche. L'auteur les examine successivement et expose les résultats d'expérience faits au moyen de solutions diverses (solution de Thiersch, acide salicylique, formaline, etc.) avec lesquelles des patients se rinçaient la bouche, quant au nombre de micro-organismes présents dans la salive. Ces expériences ont prouvé que le bi-chlorure de mercure est par lui-même capable d'empêcher la prolifération des micro-organismes buccaux : la quantité moyenne à employer est de 15 c.c. d'une solution au 1/2 500.

Reeves, W.-T., La porcelaine, son but et son influence en dentisterie opératoire. (*Dental Cosmos*, octobre 1904, p. 827.)

Aucune matière ne se prête à un usage aussi étendu que la porcelaine, elle présente des qualités d'harmonie, de conservation, de compatibilité, de facilité d'introduction, de durée, elle se rapproche de l'idéal comme adaptation et comme couleur ; sous ce dernier rapport elle n'a pas de rivale. Les 3 opérations principales que comprend son emploi sont la préparation de la cavité, la fabrication de la matrice et le choix de la couleur.

Noyes, F.-B., L'extension comme moyen de prévention de la carie : étude de l'état de la bouche. (*Dental Cosmos*, octobre 1904, p. 832.)

L'étude des positions et des conditions du commencement de la carie de l'émail et l'exécution d'obturations qui s'y réfèrent, c'est là ce qu'on désigne sous le nom d'extension comme moyen de prévention, expression employée

pour la première fois par Black en 1801. Si le point attaqué par la carie est enlevé et remplacé par une substance indestructible, la dent est moins susceptible d'être attaquée à l'avenir. Quand une cavité existe au centre d'une zone attaquée, il faut remplacer non seulement la portion détruite du tissu, mais encore les parties environnantes. Il convient à cet égard d'étudier d'abord l'action de la carie sur l'émail, les zones d'immunité et de susceptibilité en ne perdant pas de vue que l'extension peut s'appliquer aux défauts naturels et aux cavités sur des surfaces unies. Appliquer alors le traitement systématique de la carie en tenant bien compte que le procédé de l'extension ne doit pas être suivi empiriquement, mais doit être basé sur l'étude des conditions du commencement de la carie de l'émail.

Chapple, G.-A., *Les écoles dentaires et leurs relations avec la profession.* (*Dental Cosmos*, octobre 1904, p. 838.)

On compte aux Etats-Unis 54 écoles dentaires avec 7.928 étudiants, dont 160 femmes. Comme il y a 151 écoles de médecine avec 25.110 étudiants ; 96 écoles de droit avec 12.516 étudiants, en évaluant la population à 70.000.000 habitants, on trouve un étudiant en droit pour 5.573 habitants, un étudiant en médecine pour 2.707 et un étudiant en dentisterie pour 8.800 habitants.

En imposant quatre années d'études dans les écoles dentaires le nombre des étudiants diminuera sans doute, mais la perte numérique sera compensée par un plus grand savoir. Le jour où les écoles dentaires agiront en harmonie avec la profession et où celle-ci accordera à celles-là un appui moral, les relations des premières avec la seconde seront devenues idéales.

V. M.

Chaput, *De l'anesthésie par la rachistovainisation.* (*Archives de Stomatologie*, octobre 1904.)

L'auteur a depuis un an anesthésié cent malades en se servant d'une solu-

tion de 1/10 à la dose de 2 à 8 centigrammes. Il est avantageux de se servir d'une aiguille portant un trou latéral et non pas terminal. 45 opérations ont été pratiquées sur le membre inférieur, 26 sur le périnée et 29 sur l'abdomen. Pour les laparotomies, la stovaine n'est pas utilisable, mais pour les autres opérations, elle anesthésie bien. Elle anesthésie moins que la cocaïne, mais elle est dix fois moins毒ique, l'auteur n'a noté lui-même aucun accident. En résumé, ses observations le conduisent à formuler les conclusions suivantes :

La dose de 3 centigrammes de stovaine injectée dans l'espace sous-arachnoïdien permet de faire toutes opérations sur la région périnéale, sur le pied et la jambe jusqu'au genou. La dose de 4 à 5 centigrammes permet de faire, avec une anesthésie certaine et parfaite, toutes les opérations sur la cuisse et les cures radicales de hernies inguinales. La stovaine lombaire est très avantageuse pour la réduction des fractures et des luxations des membres inférieurs. Il est difficile d'exécuter les laparotomies avec la rachistovainisation. Les anesthésies médiocres sont en rapport avec des doses insuffisantes. La stovaine ralentit le pouls, même en cas d'hémorragie. Elle resserre la pupille, dilate les vaisseaux et congestionne légèrement la face et le bulbe. Elle n'expose pas du tout à la syncope et permet au besoin d'opérer les malades assis. Les suites de la rachistovainisation sont très bénignes ; elle permet l'alimentation immédiate, elle provoque une rachialgie ou une céphalalgie assez fréquentes, mais très légères ; elle ne provoque qu'une faible élévation de température. Avec la rachistovainisation, les opérations sur l'anus ne sont pas suivies de rétention d'urine.

Grenet, *Sur la nature de la stomatite et de l'angine ulcéréeuse.* (*Archives de Stomatologie*, juillet 1904.)

D'après M. Vincent, il existerait des stomatites ulcérées différentes au point de vue bactériologique et

seule pour cet auteur, la stomatite fuso-spirillaire présenterait des signes cliniques constants.

Pensant qu'il convient de réservier le nom de stomatite ulcéreuse ou ulcéro-membraneuse au seul type étudié surtout par Bergeron, l'auteur a pratiqué l'examen bactériologique dans plusieurs cas de stomatite ulcéreuse ainsi comprise cliniquement, et aussi dans des cas d'angine de Vincent, dont les symptômes se rapprochaient de ceux de la stomatite. Dans six cas de stomatite accompagnée ou non d'ulcérations amygdaliennes, et dans cinq cas sans stomatites, il a toujours trouvé des spirilles et des bacilles fusiformes, associés ou non à d'autres microbes. Ces résultats, conformes à ceux qu'ont obtenus différents auteurs, permettent, malgré les quelques doutes qui peuvent encore subsister sur le rôle pathogénique du bacille fusiforme, de considérer la stomatite ulcéreuse et l'angine de Vincent comme deux localisations différentes d'une même infection bucco-pharyngée.

Béclère, Un cas d'épithélioma végétant de la région temporo-maxillaire, guéri par la radiothérapie. (Archives de Stomatologie, juillet 1904.)

Il s'agit d'un malade âgé de 70 ans, porteur d'un épithélioma cutané de la région temporo-maxillaire gauche, provenant d'une blessure légère faite par un grain de plomb il y a 26 ans environ. Des boutons successivement arrachés, guéris ou coupés par le rasoir se sont développés à ce niveau et c'est surtout depuis un an que la rapidité du développement s'est accentuée. — La tumeur s'est ulcérée et est devenue le siège d'élançements douloureux.

Actuellement, le malade porte au-dessous de l'arcade zygomatique gauche une tumeur en forme de champignon de la grosseur d'une pièce de cinq francs en argent, de consistance molle, de couleur rouge vif. L'examen histologique en démontre la nature épithéliomateuse.

Le traitement radiothérapeutique, commencé le 8 février, prend fin le 2 mai, il se compose de 13 séances, les 3 premières en une seule semaine, les autres se suivant régulièrement à sept jours d'intervalle. Sous l'influence de la radiothérapie, les élançements douloureux diminuent d'intensité et de fréquence pour disparaître complètement dans le dernier mois du traitement. En même temps la tumeur diminue progressivement d'épaisseur et d'étendue ; elle est remplacée dans le dernier mois par une érosion dont les dimensions ne dépassent pas la moitié de l'ongle du petit doigt. Entre temps le malade est atteint de colique hépatique sous forme de crises très douloureuses qui ont une influence manifeste sur la guérison. La cicatrisation se fait complètement le 15 mai, cette cicatrice est petite, mesurant seulement quelques millimètres carrés d'étendue ; elle est lisse, unie, à peine déprimée au-dessous du tégument avoisinant.

L'auteur explique ensuite l'action élective des rayons de Röntgen sur les tissus néoplasiques. Ceux-ci en irritant la peau saine, en y provoquant l'apparition de phénomènes inflammatoires, n'agissent pas primitivement sur les vaisseaux et les nerfs, mais sur les éléments cellulaires eux-mêmes. Ils mettent en jeu, à l'intérieur de ces éléments, une dissociation chimique analogue à celle qu'ils produisent dans la couche sensible de la plaque photographique. A cette dissociation chimique font suite diverses lésions cellulaires qui, après une période de latence plus ou moins longue, provoquent les phénomènes inflammatoires, extérieurement visibles, qu'on désigne sous le nom de réaction.

Cette sensibilité des éléments cellulaires sains s'accroît encore dans les tissus pathologiques et d'une manière générale, ils se montrent d'autant plus sensibles que le tissu auxquels ces éléments cellulaires appartiennent est plus mou, plus riche en suc, c'est-à-dire plus riche en protoplasma, et paraît le siège d'une rénovation moléculaire plus rapide.

James, M. *Un cas de syphilis héritaire de la bouche.* (*Deutsche Monatschrift für Zahnheilkunde*, 1903, n° 3.)

Une jeune femme de trente ans, vient consulter l'auteur pour de violentes douleurs qui siègent au niveau de ses incisives supérieures dont elle souffre depuis quelques jours seulement. La malade n'accuse aucune maladie précédente, sa santé a toujours été parfaite. A l'examen de sa bouche on ne constate pas de carie; les gencives sont très enflammées et l'incisive centrale supérieure paraît sortir de son alvéole. La périostite est localisée au niveau des incisives supérieures. La malade se souvient d'avoir reçu un coup sur le maxillaire supérieur, quelques semaines avant qu'éclatent les douleurs dont elle se plaint actuellement. L'auteur pense aussi-tôt à une lésion d'origine traumatique.

Il pratique une incision auprès de la racine de l'incisive centrale supérieure; il s'écoule un peu de pus. A l'exploration le tissu osseux du bord alvéolaire semble raréfié.

L'ouverture de la collection purulente ne soulage pas la malade, au contraire son état empire après l'intervention.

Il se produit une nécrose du maxillaire supérieur et une fistule s'établit en gagnant la fosse nasale gauche. L'auteur enlève trois incisives; plusieurs séquestrès s'éliminent en même temps. Malgré cette nouvelle intervention, on ne remarque aucune amélioration dans l'état du sujet.

M. James soupçonne la syphilis et après une entrevue avec la mère de sa malade il appelle en consultation l'accoucheur qui avait assisté à sa naissance. Ce dernier se souvient parfaitement que la parturiente avait été contaminée par son mari et qu'elle avait eu, durant sa grossesse, des accidents syphilitiques graves.

Devant ces faits, on institue aussitôt le traitement spécifique et le tissu osseux du maxillaire ne tarda guère à se reconstituer et à prendre son aspect normal.

Shaffner, N. L. *Douleurs réflexes et troubles consécutifs à l'obturation des dents.* (*Stomatologia*. Milan, décembre 1903, p. 161.)

Ce mémoire a été lu à la réunion annuelle de la société d'odontologie italienne. L'auteur y met en évidence la nécessité de faire un diagnostic pour prévenir de tels inconvénients ou pour y remédier par des moyens techniques.

Dans le cas où l'infection alvéolaire provient d'une obturation prématuée, laissant à l'intérieur un foyer infectieux, les symptômes en sont évidents. Cependant, chez des personnes avancées en âge, la chambre pulinaire est assez petite pour donner des douleurs de caractère névralgique. Dans ce cas ou bien la dent malade voisine d'autres dents sensibles, ou bien l'individu a déjà souffert de névralgies. Le diagnostic est malaisé, car plusieurs dents sont douloureuses. On débouche la dent que l'on juge renfermer la cause du mal et la douleur ne disparaît, presque toujours, que quelque temps après l'opération.

Mais il arrive souvent que des dents obturées, dont la pulpe est saine, sont douloureuses. Cela provient de ce que les obturations se font souvent alors que le diagnostic est défec-tueux.

La sensibilité extrême des clients est une des difficultés, en particulier ceux d'un tempérament névro-sanguin ont la dentine extraordinairement sensible. Chez eux les caries donnent des douleurs de caractère névralgique, et provoquent souvent des troubles réflexes. Une obturation oscillante et pressant sur la dentine peut produire des évanoissements. La simple obturation d'une fissure, inoffensive chez d'autres, produit chez eux une douleur qui se propage aux organes voisins, par l'intermédiaire des nerfs dentaires.

Etant donné le nombre d'affections de l'œil d'origine dentaire, on peut penser que des troubles analogues se produisent dans d'autres organes. Après l'intervention chirurgicale, les

douleurs vont en s'affaiblissant, mais il reste parfois des douleurs intermittentes qui sont plus vives suivant le temps, la fatigue, etc. Une inflammation quelconque des organes de la bouche ou du nez peut réveiller ces espèces de névralgies endormies depuis longtemps. Une secousse morale ou nerveuse peut produire le même effet.

Avant l'obturation, il faut étudier la forme de la cavité, sa position, la nature de la dentine et le degré de la carie. Il faut tenir compte du tempérament du client, de ses conditions physiques et morales, de son état pathologique.

Une obturation métallique peut être nuisible pour trois raisons : la conductibilité thermique, la possibilité de comprimer ou de léser les tissus qui la soutiennent, la possibilité de produire une inflammation de la pulpe consécutive à la vive oxydation du métal. Ce dernier inconvénient est considérable avec l'amalgame de cuivre, car il se produit certainement, quoique à longue échéance. Il convient alors d'isoler la dentine par une solution de gutta ou une couche de ciment, et parfois les deux. Il faut no-

ter que le ciment au phosphate de zinc est douloureux dès son application et la douleur peut persister quelque temps. Pour rendre aseptique on ajoute 1 o/o de naphtol.

Si la pulpe est à nu on emploie des préparations antiseptiques telles que la pâte « Formagen » la « Dentine » de Fletcher, la « Pulpine de Rosenthal. »

Avant l'obturation il faut bien désinfecter la dentine par l'alcool, le chloroforme, l'essence de girofle, etc... L'usage des antispasmodiques forts (aconit, laudanum) est à éviter, car ils insensibilisent la pulpe et favorisent la gangrène. De même il faut éviter les caustiques ; seul le nitrate d'argent en solution faible peut être employé là où la pulpe n'est pas à nu.

Pour ne pas trop faire souffrir on passe une fois l'essence de girofle, on ferme avec du coton, on passe sur la gencive de l'aconit, et l'on recommande la diète et le repos, on finit l'opération quelques jours après.

Si, malgré toutes ces précautions, la douleur persiste encore six semaines après l'obturation, il ne reste qu'à recommencer.

CH. FOURNIER.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

(Suite.)

- GROBON (E.). Contribution à l'étude du chlorure d'éthyle comme anesthésique général. Thèse de Lyon. 1902. Rev. trim. Suisse. Anal. in. La stomatologia, 1-10 juin 1903, 639-660.
- GUTHRIE (L.-G.). On the fatal effects of chloroform on children suffering from a peculiar condition of fatty liver. Lancet 4 juil. 1903. (Des effets nuisibles du chloroforme chez les enfants qui présentent une forme particulière de foie graisseux.)
- HAMMA. Mort par chloroforme et urémie aiguë. Zentralbl. f. Gynaekologie, 19 sept. 1903, 1132.
- HAMMES (Th.). Jets over lachgasnarkose. Anesthésie par le protoxyde d'azote. (Nederl. Tijdschr. voor Geneesk., 15 sept. 1903.)
- HARTOG (G.). Die Aethernarkose in Verbindung mit Morphium Skopolamin-injektionen. Munch. med. Wochensch., 17 nov. 1903.
- HARTWIG. Eugenol als antisepticum und Anästheticum in der Zahnheilkunde. (Journ. f. Zahnh., 1902, xvii, 415-417.)
- HERWITT (F.-W.). On the anaesthesia or so called difficult and bad subjects. (Brit. J. Dent. Sc. 1903, xlvi, 241-251.)
- HOFFMANN (H.). Ein zweiter Todesfall in der Chloroformnarkose. Zentr. Bl. f. Medizinalbeamte, 1903, 11, p. 417-419.
- HOFFMANN (H.). Die OÖtherthropf-narkose. (Korresp. f. Schweiz. Aerzte, 5, 1903.)
- HOFFMANN (G.). Ueber die einzelnen Phasen der Betaubung zu Beginn der Narkose. (Zbl. für chir., 1903, n° 11, p. 305.)
- HOFFMANN (C.). Die moderne Aether-narkose. Münch. med. Wochensch., 17 nov. 1903 p. 2000.
- HOFFMANN (C.). Zur Anwendung des Aethers als allgemeines Betaubungs-mittel. Aetherthropnarkose. Deutsche Zeitschr. f. chir., LXV, 5-6. L'éthéri-sation goutte à goutte.
- HOGARTH (B.-W.). Practical point, in the administration of ether for dental operations. (Brit. Dent. J. 1903, xxiv, 185-197.)
- HOWE (J. MORGAN). Some useful analgesics. Internat. dent. Journ. avril 1903. Anal. in Dental Cosmos, xlvi, 5 mai 1903, 445.
- HUGGARD (W.-R.). Bromide of ethyl as a general anaesthetic and as a preliminary to ether. Lancet, 12 sept. 03.
- INVING (A. MEERKER). Le protoxyde d'azote dans la production de l'anesthésie chirurgicale. Méd. rec., 26 sept. 1903, 490-492.
- KAUSCH (W.). Zur Narkose beim Ileus. Berl. klin. Woch., 17 août 1903.
- KELLER (A.). Zur Behandlung des Abortus mit besonderer Berücksichti-gung der Narkose. Therap. Monatschr. oct. 1903. Traitement de l'avortement surtout au point de vue de la narcose.
- KIRKPATRICK (T.-P.-C.). Somnoform as an anaesthetic in dental practice. (Med. Press and Circ. 1903, n. s., lxxv, 399-402.)
- KUBLANCK. Die Chloroform und Aethernarkose in der Praxis, 42 p. Wiesbaden, 1902.
- KOERNER. Lachgasnarkose. Deutsche Mon. für Zahn., 1903.
- KOPETSKY (S. J.). The selection of the anaesthetic in children. Med. record, 3 oct. 1903, p. 534. 535. Le choix de l'anesthésique chez les enfants.
- KORFF. Morphin-Skopolamin Narkose. Münch. med. Wochensch. 17 nov. 1903, p. 2005.
- KOZLOWSKI. Ueber ein neues Ver-fahren bei der Lumbalanasthesie. Cent. bl. f. chir., 8 nov. Sur un nou-veau procédé d'anesthésie rachidienne.

- KRÖMER. Die Technik der OEther-narkose in der Frauen klinik zu Giessen. Zentr. Bl. f. Gynäkol., n° 1, 1903.
- KRÖNIG. Ueber Lachgasmischnarkosen. (Münch. med. Woch., 9, 1903, 393.)
- KUHN. Ueber 200 Narkosen mit dem Braun'schen Oether-Chloroformge-misch. (Diss. Leipzig, 1903.)
- KUHN (F.). Kein Pressen und Er-brechen bei Narkosen. (Berl. kl. Woch., 1903, p. 402.)
- KUMMELL. Der verbesserte Roth-Draeger'sche Chloroform-Narkose-Aparat. (Munch. med. Woch., 9, 1903.)
- KUTTNER (H.). Das Operieren im Aetherrausch. Beiträge z. klin. chir. XXXV. 3 1903. L'opération dans l'i-vresse éthérique.
- LABEYRIE. De la chloroformisation. Gaz. méd. de Nantes, 20 déc. 1903.
- LABIGNETTE (A.-E.) Du chlorure d'éthyle pur comme anesthésique gé-néral. Th. de Par., 1903.
- LAUENSTEIN (G.). Zur Frage der Sauerstoff-Chloroform-Narkose. Zentr. Bl. f. Chir., 1903, n° 6.
- LEDUC (S.). Production du sommeil et de l'anesthésie générale et locale par les courants intermittents de basse tension. Arch. d'élect., oct. 1903.
- LE GARGANE. Contribution à l'étude du chlorure d'éthyle comme anesthésique général. (Th. de Paris, 1902, n° 487.)
- LIPSCHÜTZ (M.). Bericht über die Nar-kosen statistik des Zentralvereins deut-scher Zahnärzte. Deutsch. Mon. f. Zahnh., 2, 1903, p. 77.
- LONGARD (C.). Beitrag zur OEther-narkose. (Münch. med. Woch., n° 24, 1903, p. 1031.)
- LOTHEISSEN ((G.). Zur Statistik der OEthylchloridnarkose. Zentr. Bl. f. Ch., 20, 1903, p. 522.
- LUKE (Th.-D.). The use of ethyl chlo-ride as a general anaesthetic. Edinburg. Med. Journ., nov. 1903.
- Anesthesia in Dental surgery, 168, p., 28 fig. Londres, 1903.
- MAC CARDIE (W.-J.). Neuere Ent-wicklung der Narcosentechnik. (Treatment, mars, 1903, in Münch. med. Woch., n° 22, 1903, p. 962.)
- MAC CARDIE (W.-J.). Die Vorberei-tung und die Behandlung eines Patien-ten zur Narkose. Birmingham Med. Review mars, 1903, in Münch. Med. Woch., n° 22, 1903, p. 962.
- MAC CARDIE (W.-J.). Ethyl chloride as a general anesthetic. Lancet, 1903, avril, in Deutsche med. Woch., n° 16, 1903, p. 98.
- MÄDELUNG. Die Leistungen des Gartner'schen Pulskontroller. Münch. Med. Woch., n° 34, 1903, p. 1485.
- MAHÉ (G.). Des anesthésies au protoxyde d'azote et au somnoforme pratiquées dans le service de M. Rouvet en 1902. (Odontologie, xxix, 30 janv. 1903, 53.)
- MALFITAN (G.). De l'influence de l'oxygène sur la protéolyse en présence de choroforme. Ann. de l'Inst. Pasteur, nov. 1902.
- MAUGHAN (James). Report of a case which ended fatally after the adminis-tration of nitrous oxide gas. Brit. J. dent. Sc. Lond., 1903, xlvi, 577-581.
- MAURETTE. De l'anesthésie générale en obstétrique par le chlorure d'éthyle pur, 1903.
- MEEKER. Nitrous oxide in the produc-tion of surgical anaesthesia. Med. re-cord, 26 sept. 1903.
- MEYER. The improvement of general anaesthesia on the basis of Schleich's principles with special reference to Anes-tol. Journ. of. Ann. Med. Assoc., n° 9 et 10, 1903.
- MORTON (A.-W.). Excision of the superior maxillary under medullary nar-cosis (Pacific Med. Journ., 1903, xlvi, 455-458.)
- MUNCH (Francis). La chloroformisa-tion et l'éthérisation aux Etats-Unis. Semaine méd., 7 oct. 1903, 331.
- NIERIKER (H.). Ueber Chlorathylnar-kose. OEst. Zeitschrift fur Stomat., 4, 1903, p. 123.
- NIERIKER (H.). OEthyl-Chlorid-Nar-kose, ausgeführt mit der von ihm an-gegebenen elastischen Inhalationsmaske. (Wiener Zahn. Monatss., 5, 1903, p. 257.)
- ODIER (R.). La rachicocaïnasation : recherches expérimentales sur l'amœ-boïsme des cellules neurales centrales et périphériques, sous l'influence de la co-caïne, du curare, de la strychnine et des courants induits. Thèse de Genève 1903.

- OLIVIER. Technique de l'anesthésie générale. Chloroforme. Ether. (Th. de Bordeaux, 1903.)
- OMBREDANNE (L.). L'anesthésie générale dans les opérations pratiquées sur la face. (Gaz. des Hôp., 22 sept. 1903, 1081-1084.) Anal. in Arch. gén. de méd., 1903, 2732.
- PAGE et HIVERT. Somnoforme et extractions dentaires. Odontologie, xxx, 17, 15 sept. 1903, 279.
- PARRIEDT (J.). Ueber den relativen Wert der verschiedenen Narkotika und Narkolisierungsverfahren bei Zahnextraktionen. (Deutsche Monatschr. f. Zahnh., xxi, 1903, 368-377.)
- PAUKUL. Theoretische und experimentelle Beiträge zur Wiederbelebung beim Scheintod während der Chloroformnarkose. Mon. für Tierheilkunde, 14 Bd, 1902-3, p. 241-260.
- PECHELL (H.-J.). The influence of ether administration on nitrogenous metabolism. Brit. Med. Journ., 20 juin 1903.
- PFANNENSTIEL. Ueber die Vorzüge der Aethernarkose. Zentr. bl. f. Gynäkol 3 janv. 1903. Les avantages de l'éthérification. 1903.
- PICHLER (E.). Eine OÉthérnarkose für die Praxis. Mitteilungen des Vereins der Aerzte in Steiermark, 1903, p. 153-156.
- POPPERT. Experimentelle und klinische Beiträge zur Aethernarkose und zur Aether-chloroform-mischnarkose. Deutsche Zeitschr. f. chir., lxvii. 1902.
- PROBYN (R.-J.). A practical guide to the administration of anaesthetics, 200 p., 34 ill. Londres, 1903.
- REBOUL. General anesthesia with ethyl chlorid. Schweizerische Vierteljahrsschrift für Zahnteilkunde. Aur. 1903. Anal. in Dent. Cosmos, xlv, 17 juil. 1903, 758.
- REISSIG (C.). Chloroform-nasenmaske, Münch. Med. Wochenschr., 23, 1903, p. 996.
- RICHTER. Anesthésie au bromure d'éthyle (préparation Karlbaum). Congrès des médecins et naturalistes allemands, sept. 1902. Anal. et trad. in Rev. de stomat. x, 1 janv. 1903, 56-57.
- RIMBAUD. Un incident d'anesthésie. Soc. des sc. méd. de Montpellier in Gaz. des hôp. de Toul., 15 août 1903, 257.
- ROBERTS (E.-J.). The science of nitrous oxide anesthesia. Connecticut state dental assoc., in Dental Cosmos, xlv, 8 août 1903, 664-667.
- ROLLAND. Présentation d'un masque anesthésique pour l'administration du " somnoforme ". Modification de la technique originale. Résultats obtenus. (L'Odontologie, xxx, 23, 15 déc. 1903, 609-615.)
- ROLLAND et CAVALIÉ. Influencia del somnoformo sobre los centros nerviosos. Su accion sucesiva sobre el cerebro y el cerebro. (Odontol. xii, 1903, 567-568.)
- ROLLAND (G.). Du somnoformé dans les longues anesthésies. Sa tension. Son étude en hématologie. Hématolyse. Statistique clinique. (Assoc. fr. pour l'avanc. des sc. 1901. Montauban, c. r. in-8 Paris, 1902, 457.)
- Démonstrations diverses d'anesthésie générale, notamment par l'emploi du somnoformé. (Ass. fr. pour l'avanc. des sc. 1901. Montauban, c. r. in-8 Paris, 1902, 459.)
- Etudes hématolytiques du somnoformé et de quelques anesthésiques généraux. (Ass. fr. pour l'av. d. sc. 1901, Montauban, c. r. in-8, Paris, 1902, 458.)
- ROLLAND et ROBINSON. Extracciones con anestesia por el somnoformo. Cong. de Madrid 1903, in Odontologia, xii, 6 juin 1903, 368.
- ROLLAND et ROBINSON. Administration du somnoformé. (XIV^e Congr. intern. de Méd. in Odont. xxx, 14, 30 juill. 1903, 96 et in Odontologia, xii, 8 août 1903, 472-485.)
- ROLLAND et ROBINSON. Des tensions sanguines sous l'action du somnoformé. Congr. de la British Dental Association mai 1902, in-1 défense n° 97, oct. 1903, 146-152.
- ROTELLI (Romolo). L'uso del protosido di azoto nella pratica odontoiatrica. La Stomatologia, i, 5 janv. 1903, 302-305.
- ROTH. Zur Chemie der Sauerstoff-Chloroformnarkose, Zentralbl. f. Chir., 12, 1903.
- ROTSCHILD (C.). Ueber Kohlensäure-

- narkose. Beitrag z. klin. Chir., xxxv, 2.
De la narcose par l'acide carbonique.
- SACHS. Meine Ansicht zur Stellungnahme des Herrn Prof. Partsch in der Narcosenfrage. (Deutsche Zahnärztl. Woch. 1902, v, 457-459.)
- SAN MARTIN. La insuflacion en la anestesia general por el eter o por el chloroformo. Deutsche med. Woch., n° 24, 1903, p. 190.
- SAUTIER (J.). Appui-tête pour intervention chirurgicale dans la position de Röse. Soc. d'Odont., in Odontologie, xxix, 8-30 oct. 1903, 401.
- SAUTIER (J.-Ch.). Sur un nouvel appui-tête adapté à la position de Röse. Gaz. des hôp. 76^e année, 19 nov. 1903, n° 134, 1321.
- SCHLECHTENDAHL (E.). Chloroform-narkose ohne Maske mittelst Kehlkopfkanule. Münch. med. Woch., 6, 1902.
- SCHNEIDERLIN. Die Skopolamin (Hyoszin)-Morphium-Narkose. Münch. med. Woch., n° 9, 1903, p. 371.
- SCHULZ. Ueber OEtherlähmungen. Deutsche militär Zahnärzte, 1903, p. 337.
- SEMON. Erfahrungen mit der Anwendung des Skopolamin bei Narkosen. Münch. med. Woch., n° 28, 1903, p. 1231.
- SNEL (J.). Immunität und Narkose. Berl. klin. Wochenschr., 9 mars 1903.
- STEIN (J.). Beiträge zur Chloroform-narkose. Prag. med. Wochenschr. 4-11 juin 1903.
- STEINKAMM (J.-Fr.). Cavitat preparation in der Chloroformnarkose. Kon. f. Zahnärzte, 1, 1903, p. 16.
- STOLZ (M.). Sur Skopolamin-Morphium-Narkose. Wien. klin. Woch., n° 41, 1903.
- TAPTAŞ. Ma chaise d'opérations et le narcose brométhylique. (Ann. des Mal. de l'or., du lar., du nez et du phar., 1903, 140, févr.)
- THIESING. Allgemeine Narkose ohne Inhalation (Skopolamin). Deutsche Zahnräztl. Woch., n° 47, 1903, p. 564.
- THOMAS (D.) LUKE. Emploi du chlorure d'éthyle comme anesthésique générale. Edinb. med. Journ. nov. 1903, 425-434.
- TOMASI (S.) e ROSSI (Carlo). Primo migliaio di anestesie col protossido d'azoto. La Stomatologia, i, 6 févr. 1903, 372-376.
- TOUVET-FANTON (E.-D.). Technique de l'anesthésie générale mixte par les vapeurs de coryl mélangées avec l'air. Journ. de méd. Int. et Arch. de stomatol. sept. 1903, 138-142.
- TOUVET-FANTON. Anesthésie générale au coryl. (L'Odontologie, xxx, 17, 15 sept. 1903, 280-281.)
- Un nouvel hypnotique : le Veronal. Presse méd., 28 nov. 1903, n° 95, 683.
- TURCAN. Contribution à l'étude de l'anesthésie générale par le chlorure d'éthyle. (Th. de Paris, 1902, 494.)
- TURK. Shock produced by general anesthesia. Journ. of Amer. Med. Assoc., 2 mai 1903.
- VANVERTS. L'anesthésie générale au chlorure d'éthyle. (Nord Méd., 1^{er} juill. 1903, 149.)
- VIERRA (S.). Accidents occasionnés par le chlorure d'éthyle comme anesthésique général. (Rev. Méd. de S. Paulo, 30 juin 1903, 259.)
- WIERTHALER (R.). Die Somnoform-narkose. OEst. Zeitsch. f. Stomat., n° 11, 1903, p. 349.
- WALLENBERG. Nasenmaske zur Chloroformnarkose. Wien. Zahn. Mon., 1903, n° 5, p. 261.
- WALLER (A.-D.) et GEETS (V.). L'estimation rapide de la quantité des vapeurs chloroformiques présentes dans les mélanges de vapeur de chloroforme et d'air. (Brit. Méd. Jour., 20 juin 1903, 1421-1425.)
- WEBER (S.-L.). Spinal anesthesia. Amer. Journ. of obstetrics., sept. 1902. La Sem. méd.
- WENDEL. Moderne Bestrebungen zur Herabsetzung der Narkosengefahr. Berl. Klin. Woch., 1903, p. 945.
- WEYERT (M.-O.-F.). Ueber Narkosenlähmungen. Diss. Berlin, 1903, 40 p.
- WILD (L.). Ueber die Skopolamin-Morphium-Narkose. Berl. Klin. Wochenschr., 9, 1903.
- WINDRATH. Ein Beitrag zur Narkosenfrage, speziell der Sauerstoff-Chloroformnarkose. Mediz. Blätter, 1903, p. 387-390.
- WINCKEL (F. von). Ueber Narkosen mit dem Schleich'schen Gemisch. Münch. med. Woch., n° 4, 1903, p. 16.
- WITZEL (O.). Wie sollen wir narkotisieren? Münch. med. Wochenschr.

- 2 déc. 1902. Comment doit-on pratiquer l'anesthésie ? 1902.
 ZAHRADNICKY (F.). Narcosenstatistik. Casopis lekaru českych., 31, 1902.
 ZANDER (E.). Bemerkungen über « Kuntsfehler in Ausübung der Anästhesierung. » (Deutsche zahnärztl. Woch. 1903, v, 529-530.)
 ZITRIN (S.-M.). Du danger des anesthésiques généraux et surtout du chloroforme dans la pratique odontologique. (Zoubovr. Vestn., 1902, xviii, 712-713.)

VI. — Thérapeutique. Instrumentation.

- AMAT (Ch.). Note sur l'adrénaline. (Bull. de Thérapi., cxlii, 23 juin 1902, 885.)
 AMOEDO (O.). La pyohémie en art dentaire. Paris, Maurin, 1903.
 AMOEDO (O.). Tratamiento de dientes con pulpa muerte. Odontol., 1903, xii, 565-566.
 ANDRÉ (A.). Poudres dentifrices. Odontologie, 30 septembre 1903, 331-336 et Dental Cosmos, xlv, 12 déc. 1903, 990-991.
 BACQUE. Trois cas d'accidents lipothymo-vertigineux paraissent coïncider avec des obturations canaliculaires au form. (Rev. de Stomat., x, 3, mars 1903, 150-153.)
 BERCUT et DONAT (A.). Nouveau perforateur à ressort, dentaire et chirurgical. (C. R. hebdom. Acad. de Sc. 1903, cxxxvii, 674-676.)
 BEHM. Zur Kenntnis der primären bösartigen Unterkiefergeschwülste und ihrer operativen Behandlung. Inaug. Dissert Göttingen, 1903 sept.-Marz.
 BERTRAND (Alphonse). L'aldehyde formique dans la carie dentaire. Clinique brux. 1903, xvi, 1003-1007.
 BLACK (G.-V.). A restatement of the principles of extension for prevention and some correlated subjects. (Repr.) Brit. J. Dent. Sc. Lond. 1902, xlv, 732-739.
 BLANC (J.). Contribution à l'étude clinique du collargol. Thèse de Paris 1903.
 BÖENNEKEN. Traitement de la gangrène de la pulpe. (Congrès des méd. et naturalistes allemands, in Rev. de Stomatol. x, 1, janv. 1903, 52-53.)
 BOINET. Dangers de l'emploi de l'adrénaline dans les stades avancés de la maladie d'Addison. Sem. méd., 2 déc. 1903, 396.
 BOINET. L'adrénaline dans la maladie d'Addison. Soc. de biol., 27 nov. 1903, in journ. de Prat., 5 déc. 1903, 797.
 BOUCHACOURT. Des applications chirurgicales de l'endodioscopie buccale. Arch. de Stomatol. Paris, 1902, iii, 82-84.
 BOURILLET. Un incident dû à l'adrénaline. Centre médical, 1er octobre 1903.
 BOUYSOU (Henri). Traitement des kystes parodontaires. Paris, Th. de doct. H. Jouve, 1903, 8, n° 497, 88.
 BRAUN (H.). Zur Anwendung des Adrenalin bei anesthesierenden Gewebeinjektionen. (Zentr. f. chir., 19 sept. 1903.)
 BRAUN (H.). Ueber Adrenalin. (Deutsche Zahnärztl. Woch., 1903, v, 537-538.)
 BRISSOT (P.). L'adrénaline ; ses applications en ophtalmologie 1902.
 BRUCK (W.-W.). Die Notwendigkeit der Einführung der Zahnpflege im Heere. J. f. Zahnh. Berl. 1902, xvii, 103, 111-115.
 BRUCK (W.-W.). Die Bekämpfung der Zahncaries. Schweiz. Viertjschr. f. Zahnh. Winterthur u. Geneve 1903, xiii, 59-72.
 BUKOFZER (M.). Die Reaktion der Nasen und Kehlkopfschleimhaut auf Nebennierenextrakt (Adrenalin). Deutsche med. Wsch., 8 octobre 1903. La réaction des muqueuses du nez et du larynx sous l'influence de l'extrait surrénal (adrénaline).
 BUNGER (A.). Lysoformpaste als Wurzelfüllung. Deutsche Monatschr. f. Zahnh. Leip. 1903, xxi, 210-213.
 BUSCH. Arsenical applications in certain cavities. Deutsche Monatsschrift

- Zahnheilkunde 1902. Anal. in Dental Cosmos, xliv, 2 févr. 1903, 156.
- CACCIA (V.). Nuovo tiranervi. La Stomatologia 11, L. p. 13 sept. 1903.
- CAHEN. Le collargol en art dentaire. Odontologie, xxix, 18-30 avril 1903, 389.
- CARTELLIER (Ch.). Contribution à l'étude de l'adrénaline. Thèse de Paris, 1903.
- CHEVALLIER. L'adrénaline. (Bull. de Thér., cxliii, 15 juin 1903, 856.)
- CHITTENDEN (C.-C.). Is the realization of reasonable ideas in dental education near at hand. J. Am. M. Ass. Chicago, 1903, xl, 1560-1563.
- CHOQUET. Démonstration d'application du xylene. Assoc. franc. pour l'avanc. d. sc. 1901, Mautauban, c. r. in-8. Paris, 1902, 459.
- CHROUSCHTCHOW (A.-I.). De l'emploi du mélange de verre liquide et d'acide sulfurique pour le traitement des canaux. Zoubovratch. Vestn. St-Pétersb. 1903, xix, 437-439.
- CLADERA. Singleforceps. Congr. de Madrid 1903, in Odontologia, xii, 6 juin 1903, 366.
- CLARET (M.). Note on the use of sodium hyposulfite in the treatment of putrescent conditions of rootcanals. Bull. de thér. Anal. in Dental Cosmos, xlvi, 5, mai 1903, 415.
- COOK (G.-W.). Antiseptics and disinfectants. Dental review, xvii, 5-15 mai 1903, 398.
- CUVILLIER et VASSAL. Note sur l'emploi de l'adrénaline dans la thérapeutique des maladies du nez et de la gorge. Arch. internat. de laryngol., d'otol. et de rhinol., juillet-août 1903.
- DERUD et JARRICOT. Kaolin as an investment material. Odontologie, 15 sept. 1903. Anal. in Dental Cosmos, xlvi, 12 déc. 1903, 990.
- DERUD et JARRICOT. L'hermophényl en odontologie. Odontologie, xxx, 15, 15 août 1903, 179.
- DOBRYNIECKI (A von). Die Lichttherapie in der Zahnheilkunde. Wien med. Woch. 27 juin 1903. La photothérapie en art dentaire.
- DOLLARD (H.). L'adrénaline et ses applications thérapeutiques (Th. de Paris, 1903.)
- DORN (R.). Ueber einige seltene Fälle von Mundblutungen. Wien zahnärztl. Monatschr., 1903, v, 75-87.
- DORN (R.). Ueber einige neuere pharmaceutische Präparate und deren Anwendung in der Zahnheilkunde. J. f. Zahnh. Berl., 1903, xvii, 47-50.
- DORN. Ueber die Verwenbarkeit der Wasserstoffperoxyde in der Zahnheilkunde. (Journ. f. Zahnh., xviii, 1^{er} janv. 1903, 78.)
- BOWGLASS (B.). The uses of suprarenal extract in nose and throat diseases. New-York Med. Journ., 2 mai 1903. L'emploi de l'extrait surrenal dans le traitement des affections du nez et de la gorge.
- DUCOURNAU (F.). Dent de six ans et dent de sagesse. Faut-il sacrifier la première au bénéfice de la seconde et dans quelles conditions ? L'art dentaire. Bordéa, 1903, n° 6, 81-83.
- DUNCANSON (G.-J.). A note on some further uses for picric acid. Brit. Med. Journ., 21 févr. 1903. Th. de Paris, 1903. La Semaine médicale.
- ERLANGER (V.). L'adrénaline dans le traitement des metrorrhagies, 1903.
- FAY. De la véritable origine du davier. (France méd., 1903, i, 277-282.)
- FENOMENOV (N.-N.). Les indications de l'emploi de l'adrénaline en gynécologie. Sem. méd., 7 déc. 1903, 404.
- FERRARI (A.). El peroxido de hidrogeno en terapeutica dental. Odontología. Madrid, 1903, xii, 409-413.
- FULLER (D.-A.). Quinin sulfate in the treatment of periodontitis. International Dental Journal, déc. 1902. Anal in the Dental Cosmos, xlvi, 3 mars 1903, 239.
- GALLARDO. Notas sobre el empleo de la adrenalina en cirugia dental. (Odontología, 1902, xi, 445-446.)
- GRANJON (L.). De l'emploi de l'adrénaline en chirurgie dentaire. (Th. de Paris, 1903, 152. L'Odontologie, xxx, 24, 30 déc. 1903, 671-679.)
- GRASER. Adrenalin gegen Darmblutung bei Typhus. Münch. med. Wochenschr., 28 juillet 1903. L'adrénaline contre les hémorragies intestinales dans la fièvre typhoïde.
- GREVE (H.-Ch.). Ueber den Artikel : « Moderne Mundwasser » von Zahnarzt

- Max Loeve, in Berlin. Reichs med. Anz. Leip., 1902, xxvii, 225-226.
- GUADAGNINI (A.). La sterilization in odontoiatria. La Stomatologia, I, juill. 1903, 692-696.
- GUY (W.). The X-rays in the treatment of pyorrhœa alveolaris. Dental rec. N.-Y. 1903, xxiii, 162.
- GUYE (P.). Radiologie dentaire. Communication au XIV^e Congr. intern. de méd. de Madrid 1903, in extenso dans l'Odontologie, xxx, 16, 30 août 1903, 201-228. Anal. in Presse méd., 11 déc. 1903, 860 et in Odontologia, xii, 10 oct. 1903, 563-565.
- HEIMAN (A.). O prawdziwej wartosci leczniczej adrenaliny chorobach uszu i nosa. Gaz. Lekarska, 16 mai 1903. La valeur thérapeutique vraie de l'adrénaline dans les maladies des oreilles et du nez.
- HELLION (A.). Etude sur la résolution par la photothérapie des fluxions dentaires. Paris, Th. de doct. H. Jouye, 1903, 8, n° 440, 124.
- HEWETT ASHLET (M.). Electricity in the dental office. Dental review, xvii, 15 septembre 1903, 791.
- HILL (G.-F.). Small electric motors and their operation. (Brit. Journ. Dent. sc., xlvi, 1903, 865-870, 3 gr.)
- HOFFMANN. Meine Erfahrungen mit Neuroson. (Zahntechn. Reform 1903, xxii, 65.)
- JESSEL (A.). Carbolized cotton and its various uses in dental practice. Brit. J. Dent. Sc. Lond. 1903, xliv, 49-61.
- JESSEN (E.). Die Bedeutung der Zahnpflege für die Gesundheit. Centralbl. f. d. kneipp'sche Heilverf. Wörishofen 1903, ix, 255-256, 268-271.
- JOSUÉ. Athérome aortique expérimental par injections répétées d'adrénaline. Soc. de biol. 14 nov. 1903, in Arch. gén. de méd., 25 nov. 1903, n° 47, 3003.
- KOKOUSCHKIN (M.-N.). L'appareil irrigateur d'Esmarch dans la pratique dentaire. Zoubovratc. Vestn. St-Petersb., 1903, xix, 47-48.
- KÖNIGSTEIN (M.). O wartosci leczniczej adrenaliny w clerpenach nosa uszu, gardia i krtant. Gaz Lekarska 18-25 avril 1903. Valeur de l'adrénaline dans les maladies des oreilles, du nez, du larynx et du pharynx.
- KUMMEL (H.). Interessiert den Zahnarzt der Gesetzentwurf betr. Phosphorzundwaren? Deutsche Zahnärzt. Wehnschr. 1903, v, 601-604.
- LAVAUX. L'adrénaline et le traitement des cystites douloureuses. Congr. de chirurgie 1903. In Presse méd., 14 nov. 1903, 794.
- LEDERER (W.-J.). Asepsis in Dental surgery. Med. rec. N.-Y., 19, 2, lxi, 611.
- LEDUC et BOUCHET. Étude des actions physiologiques de quelques ions et en particulier de l'ion adrénaline. Arch. d'électricité méd., nov. 1903.
- LEMERLE (L.). Nouvelle pharmacie. Soc. d'Odont. in Odont., xxix, 2, 30 janv. 1903, 92.
- LEMERLE (L.). Présentation d'un abaisse-langue. (L'Odontologie, xxx, 17, 15 sept. 1903, 282.)
- LENHARDTSON. Contribucion al estudio químico de los cementos dentales. (Congrès de Madrid, in Odontologia, xii, 9, sept. 1903, 533-539.)
- LOEPER et CROUZON. Action de l'adrénaline et des extraits surrenaux dans le sang. Soc. de biol. Séance du 28 nov. 1903, in Presse méd., 2 déc. 1903, 834.
- LOGAN (W.-W.C.). X-ray and high frequency currents as employed in the rational treatment of pyorrhea alveolaris. Brit. J. Dent. Sc. Lond., 1903, xlvi, 546-562 Dental review, xvii, 5-15 mai 1903, 480.
- LOMBARDINO (W.). Das 30 0/0 H et 02 Merk in der Zahnheilkunde. J. f. Zahnh. Berl 1903, xviii, 25-26.
- LONG (Eli-H.). Dental materia medica Therapeutics and prescription writing. Lea Brothers and C° N.-Y., 1903.
- LOSADA (J.-D.). Nouvel appareil pour immobiliser les dents atteintes de pyorrhée alvéolaire. (Odontologie, xxx, 30 août 1903, 229-234).
- MC. DOWELL (J.-N.). Using the stereoscope with the X ray in dentistry. Dent. Cosmos, xvii, 6 juin 1903, 504.
- MAHU. Traitement des ulcérations cancéreuses par les badigeonnages d'adrénaline. Acad. de méd. Séan. du 24 nov.
- MAUTIER. Poudre soluble d'adrénaline et solution citro-boriquée d'adré-

- naline. Répert. de Pharm. 10 nov. 1903, 481.
- MEDER. Zahnärztliche Technik bei der Chirurgie der Kieferknochen. Deutsche Monatschr. f. Zahnh. Leip. 1903, xxi, 200-210.
- MELTZER (J. et Cl.). L'action vasoconstrictive de l'adrénaline. (Amer. Journ. of Phys., 1903, ix, 147.)
- A. MENGER et HOOKER (J. D.). L'adrénaline contre les morsures de serpents. Sem. méd., 21 oct. 1903, 248.
- MERCK (E.). Das Monochlorphenol Merck in der Zahnheilkunde. Journ. of Zahnheilk., xviii, 1^{er} janv. 1903, 4-5.
- MILLS (Wur A.). The use and abuse of hypnotics, analgesics and alcoholics. Union meeting at Baltimore, in Dental Cosmos, xlvi, 12 déc. 1903, 968-972.
- MIRIY (Frank). A case of hemophilia treated by calcium chlorid internally and adrenalin locally. Trans. of odontological soc of Gt. Britain, mai 1903, in Dental Cosmos, xlvi, 10 oct. 1902, 828.
- NEMSKY (D.-P.). Contribution à l'étude de l'emploi de l'extrait aqueux des capsules surrénales et de l'adrénaline en thérapeutique et en rhino-laryngologie, 1903.
- NICOLESCH (D.). L'adrénaline dans l'extraction des dents. Rev. de Stomatol. Paris, 1903, x, 286-288.
- OVERLACH. Trigemin, ein Analgeticum und Sedativum. (J. f. Zahnh., 1903, xviii, 177-179.)
- OVIZE. Un nouveau procédé de traitement des fistules dentaires. (Rev. de Stomatol., avril 1903, x, 4, 177-179 et Odontologia, Madrid, 1903, xii, 486-489.)
- OWERT. Ueber den Werth des Septoforma für die zahnärztliche Praxis. J. f. Zahnh. Berl. 1902, xvii, 144-145.
- PLET (J.). Una nueva aplicación del caucho blando. (Odontología. Madrid, 1903, xii, 556-558.)
- PONT. Emploi de l'alcool, saturé d'acide carbonique en art dentaire. Assoc. franc. pour l'avanc. d. sc. 1901. Montauban, c. r. in-8. Paris, 1902, 461.
- PREDIT (J.). Recherches sur les ciments phosphoriques. Zoubovratch Vestn. St-Pétersb, 1903, xix, 578-595.
- REGERAT (Ch.). De l'emploi de l'a- drénaline en chirurgie urinaire. Thèse de Paris, 1903.
- REMY et BOUCHACOURT. Application chirurgicale de l'endodioscopie buccale. Acad. de méd. in Rev. méd., 4 juin 1902.
- RIGOLET (D.). De l'action antiseptique de la cataphorèse en art dentaire. Assoc. franc. pour l'avanc. d. sc., 1902. Montauban, c. r. in-8. Paris, 1902, 456.
- ROBIN (P.). Conseils pratiques sur l'emploi du thermocautère en chirurgie buccale et péribucale. Rev. de Stom. Paris, 1902, ix, 149-154.
- ROBIN (P.). Traitement potentiel de la pyorrhée alvéolo-dentaire. J. de méd. de Paris, 1903, 2, s., xv, 135.
- ROBINSON (F.). Ouvre-bouche ou bâillon de Brunton modifié. (L'Odontologie, xxx, 23, 15 déc. 1903, 616-617.)
- RODIER (H.). Résultats éloignés de soixante greffes dentaires que j'ai faites. Présentation de pièces sèches. Rev. de Stomatol. Paris, 192, ix, 283-291.
- ROHMER. De l'adrénaline en chirurgie spéciale et générale. (Soc. de Méd. et de Chir. de Bordeaux, in Gaz. des Hôp. de Toulouse, xvii, 15, 11 avr. 1903, 117.)
- ROSIN (H.). Ein neues Modell einer aseptischen Morphiumspritze. (Journ. für Zahnh., 1903, xviii, 170-171, 1 fig.)
- SANTINI DE RIOLS. La curcilio antiodontalgicus, France médicale, 10 sept. 1903.
- SCHEFF (J.). Ueber die Wirkung des Nervocidins auf die Zahnpulpa. Zahnrätsl. Rundschau, Berl., 1903, xii, n° 564.
- SCHMIDT. Dentale Reizungen und ihre Beziehungen zu therapeutischen Eingriffen in der Ohrenheilkunde. Deutsche Zahnärztl. Wochenschr. Wiesb. 1902, v, 248-249.
- SCHWARTZ (G.). Sur l'emploi de la radiographie en chirurgie dentaire. Montpel. méd., 1903, xvi, 494-500 et Arch. d'électricité méd., oct. 1903.
- SELOWSKY (F.). Die Krankenkassenbons, ein Zahlungsmittel. (Deutsche zahnärztl. Wochensch., 1902, v, 459.)
- SENN (A.). Ueber Adrenalin, ein Beitrag zu dessen Anwendung in der zahnärztlichen Praxis. Scheiwz. Vrtjschr. f. Zahnh. 1903, xiii, 95-98.
- SIFFRE. La stérilisation des canaux

- dentaires par l'acide sulfurique pur. Assoc. franc. pour l'avanc. d. sc. 1901. Montauban, c. r. in-8. Paris, 1902, 460.
- SIMONOVITCH. Contribution à l'étude de l'adrénaline (en russe) Roussk. Vratch, 14 juin 1903.
- SKINNER (G.-E.). Dry hot air as a therapeutic agent, with demonstration of the body treatment (Boston med. and surg. journ., 9 avril 1903. L'air surchauffé sec en tant qu'agent thérapeutique.
- SMITH (E.-A.). Dental metallurgy. (Philad., P. Blakiston's Son and Co., 1903, in-8°.)
- SODERBERG (Th.). Nervocidin. Brit. J. Dent. Sc. Lond., 1903, xlvi, 783-792.
- SUAREZ DE MENDOZA. Sur l'emploi de l'extrait de capsules surrenales et de son alcaloïde, l'adrénaline. (Arch. de Méd. et de Chir. sp., 1903, iv, 1.)
- TAKAMIME (J.). A new hemostatic. North-eastern Dental Assoc. in Dental Cosmos, xlv, 5, mai 1903, 398.
- THIELEN (B.-F.). Formadelhyd in the treatment of rootcanals. Texas dent. Journ., juin 1903. Anal. in Dental Cosmos, xlv, sept., 750.
- WEDESTAEDT (E.-K.). A brief consideration of seven conditions that bring about opportunities for the failure of dental operations. Brit. J. Dent. Sc. Lond., 1902, xlv, 433-443.
- WEISER (R.). Les indications en art dentaire, xlv, Congr. intern. de med. in Odontologia, xxx, 14-30 juillet 1903, 89.
- WHINNEY (E.-Mac.). Germicides, some dental uses. Dental Cosmos, xvii, 5, 15 mai 1903, 404.
- WILLIAMS (F.-H.). Les effets analgésiques et toniques des rayons de Röntgen. Sem. médicale, 21 oct. 1903, n° 42, 348.
- WILSON (E.). La sepsia oral como factor etiológico. Arch. de la soc. estud. clin. de la Habana 1902, xi, 176-191.
- ZÉLAVANETZ. Action de l'adrénaline sur l'organisme. (Gaz. Méd. russe, 13, 1903.)
1903. La adrenalina en la extraccion de los dientes. Correo odont. Internac. Madrid, 1903, viii, 325-329.
1902. Estudios sobre el blanqueamiento de los dientes. Correo internac. Madrid, 1902, vii, 74-80.
1903. The dental annual; 1903, a year book of dental surgery, practitioners guide to the literature and resources of dentistry etc. Lond. Bailliere Tindall a. co. 1903. 8. 190. p. 3. pl., 58 l.
- Suggestions for the use of absorbent preparations. Quarterly circular, juin 1903, 157-164.
- A dangerous effect of arsenical paste. Dental Cosmos, xlv, 10, oct. 1903, 824-826.

VII. — Intérêts professionnels. Enseignement.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS.

- ASUZZI (E.). Diplomi americani falsi. La Stomatologia, i, 7 mars 1903, 484.
- AGUZZI. Sull esercizio abusivo dell'odontoiatria. La Stomatologia i, 12, août 1903, 791-92.
- ALENAR (Alarezvy). Solidaridad científica medica odontologica y sus fundamentos. Odontologia xii, 2, févr. 1903, 73-83.
- ALONSO (Lopez). Las sociedades odontológicas. Odontologia, xii, 10 oct. 1903, 558-563.

BARRETT (W.-C.). Aline k in our professional history (and discussion) Dental Society of the state of New-York in Dental Cosmos, xlv, 10, oct. 1903, 798-802.

BEHNKE. Die Vorbildung der Zahnärzte. Deutsche Zahnnarztl. Wochenschr. Wiesb. 1902, v, 111-113.

CASASNOVAS y SANCHO (Domingo). Antigüedad del arte dental y de la ciencia odontologica. (Repr.) Union de los med. titul. de Espana, Madrid, 1902, iii, 718-721.)

CIGRAND (B.-J.). What art has done for dentistry — and what dentistry has

done for art. Dental review, xvii, 3, 15 mars 1903, 175.

CRYER (Matthew.-H.). The status of the dental profession. Dental Cosmos, xlvi, 2, fév. 1903, 101.

DUZEE (G.-A-Van). Our professional future. Dental review, xvii, 8, 15 août 1903, 727.

VAN (Ch.-A.) DUZEE. The practice of dentistry. Dental review, xvii, 4, 15 avril 1903, 298.

FORBERG. Dental legislation in Sweden. Intern. Dental federation in Dental Cosmos, xlvi, 8 août 1903, 294.

GINGRICH (G.-M.). Report on dental legislation. Union meeting at Baltimore in Dental Cosmos, xlvi, 12, décembre 1903, 976-981.

GODDARD (C. L.). The college man. Dental Cosmos, xlvi, 7 juillet, 1903, 539-541.

GODON (Ch.). Conocimientos que debe poseer el dentista para ejercer el arte dental y su enseñanza. Congrès de Madrid 1903 in Odontología, xii, 10, oct. 1903, 568-571.

GOLDELMAN (G.). A propos de faux dentistes. Zoubovratch Vestn. St-Péterb. 1903, xix, 56.

GOLDELMAN (G.-I.). De l'admission de tous les dentistes aux examens pour l'obtention du titre de médecin dentiste. Zoubovratch Vestn. St-Petersb. 1903, xix, 348-348.

GUERINI. El arte dental entre los romanos y los etruscos. Congrès de Madrid, in Odontología, xii, 6, juin 1903, 382-384.

HARNED (M.-R.). The personal habits of the dentists. Dental review, xvii, 2, 15 février 1903, 129.

HARRAR (W.-F.). Prescription writing in dentistry. Dental Brief, sept. 1903, anal in Dental Cosmos, xlvi, 11, novembre 1903, 904.

HOPHEINZ (R.-H.). An answer to Dr Wedelstaedt's extension for prevention. Dental Cosmos, xlvi, 2, fév. 1903, 105.

HOLBROOK (Arth.). Qualifications for practice. Dental Cosmos, xlvi, 4, avril 1903, 281-290.

IOCHVED (G.). A propos du titre de médecin-dentiste Zoubovratch. Vestn. St-Petersb. 1903, xix, 607-612.

JOHNSON (C.-N.). Success in dental practice; a few suggestions relative to the most approved methods of conducting practice. J.-B. Lippincott C° Philadelphia et Londres, 1903.

JOHNSON (C.-N.). The professional spirit. Dental Cosmos, xlvi, 3, mars 1903, 169.

JOHNSON (C.-N.). El internacionalismo en odontología. Odontología, xii, 3, mars 1903, 128-133.

KESTER (P.-J.). The evolution of dental practice. Dental review, xviii, 10, 15 oct. 1903, 899.

KIRCHNER (M.). Der Zahnarzt als Hygieniker. Deutsche Monatschr f. Zahnh. Leipz. 1903, xxi, 125-141.

KRK (E.-C.). The question of interstate reciprocity in Dental licensure. New Jersey state dental society in Dental Cosmos, xlvi, 12, décembre 1903, 961-964.

L.-M. Ordonnances des dentistes. Art dentaire, Bordeaux, 1903, n° 9, 129-131.

MAGFARLANE (S.-S.). Our field of labor. Dental review, xvii, 8, 15 août 1903, 713.

MARÉ (G.). Ce que le médecin peut et doit faire d'odontologie. Presse médicale. Paris, 1903, 1, 354.

MARTINIER (P.). Le rôle des dentistes dans l'armée, 1902.

MASCORT (E.). Necesidad de utilizar la pericia de los dentistas en las escuelas públicas. Odontología, xii, 1, janv. 1903, 14-24, et 3, mars 1903, 133-140.

NEWSHOLME (A.). The relation of the dental profession to public health. (Lancet, 1903, ii, 91-94 et Brit. Dent. J. 1903, xxiv, 535-545 et 551-555.

ORTIZ (F.). O dentista moderna. Le dentista moderno. Lisboa, 1903.

OTAOGLA (J. de). A la junta de caridad del hospital civil de Bilbao. Odontología xii, 2, 1903, nov., 609-617.

PALAZZO (G.). Progetto per l'istituzione di un servizio odontoiatrico nelle scuole pubbliche. La Stomatologia, 8, avr. 1903, 498-503.

PERRY (S.-G.). Art in dental practice. Dental Cosmos, XLV, 6, juin 1903, 445-453.

H.-CH. FOURNIER,



NOUVELLES

UNE DERNIÈRE MANŒUVRE DE LA STOMATOLOGIE.

Dans l'impossibilité d'obtenir depuis quelque temps des rapports favorables sur les revendications archaïques qu'il ne cesse de formuler auprès des pouvoirs publics, le grand maître des stomatologues s'est décidé à en créer un de toutes pièces, qu'il a revêtu des formes et signatures académiques et publié dans la *Revue de stomatologie* de janvier. Personne n'a pu s'y tromper.

Nous lisons d'ailleurs à ce propos l'entrefilet suivant dans *Le Temps* du 21 janvier.

On nous prie d'insérer la communication suivante :

La Revue de stomatologie publie un rapport qui aurait été adressé par le recteur de l'Académie de Paris au ministre de l'Instruction publique sur les réformes à apporter aux conditions d'enseignement et d'examens des chirurgiens-dentistes.

Nous sommes autorisés à déclarer que ce document est apocryphe d'un bout à l'autre.

ASSOCIATION GÉNÉRALE DES DENTISTES DE FRANCE.

L'assemblée générale de cette association a eu lieu le samedi 21 janvier sous la présidence de M. Ronnet.

Nous en publierons le compte rendu analytique dans un prochain numéro.

SOCIÉTÉ D'ODONTOLOGIE.

La réunion mensuelle de la Société d'Odontologie de Paris aura lieu le mardi 7 février, à 8 h. 1/2 du soir, sous la présidence de M. Delair, à l'Ecole dentaire de Paris.

Ordre du jour :

Un cas de mal perforant buccal. MM. Blatter et Fournier.
Présentation d'appareils en or estampés par un procédé nouveau.
M. Cramer.

Présentation d'élévateurs et d'un appareil dilatateur des maxillaires.

M. de Croës.

De l'inutilité du coiffage des racines. M. Roy.

Présentation d'une cheville pour cabinet d'opération. M. Loriot.

CONCOURS A L'ECOLE DENTAIRE DE PARIS.

Le concours pour le poste de chef de clinique de chirurgie dentaire à l'Ecole dentaire de Paris, qui avait été ajourné pour des raisons administratives, a eu lieu le 29 janvier 1905. Le programme est resté tel qu'il a été publié dans le numéro du 15 novembre 1904.

DISTINCTIONS HONORIFIQUES.

Parmi les nouveaux officiers d'Académie de la promotion de janvier 1905 nous avons le plaisir de relever les noms de MM. Decoland, Bouchard, Freson, Legros et de M^{me} Monet, de Paris, ainsi que de M. Castanier, de Nîmes, membres de l'Association générale des dentistes de France, auxquels nous adressons nos plus vives félicitations.

Nous relevons également les noms de MM. L. Delgant, Pottier, Delétang, Louis Bertrand, Jais, Nivet, Camille Wisner et de M^{me} Fresnel, nos confrères de Paris, et de MM. Gilbert, de Sedan : Marsat, de Béthune ; Tricotet, de Fontenay-sous-Bois ; Lacour, de Nice.

Parmi les nouveaux officiers de l'Instruction signalons MM. Landau et Dunogier.

ASSOCIATION FRANÇAISE POUR L'AVANCEMENT DES SCIENCES: RÉUNION DE CHERBOURG, AOUT 1905.

Nous sommes heureux d'annoncer à nos lecteurs que la réunion de Cherbourg, où sera inaugurée la nouvelle Section d'Odontologie, aura lieu du 3 au 11 août 1905. Les adhésions sont dès maintenant reçues chez M. Martinier, président de la section ; nous en publierons prochainement la première liste.

ECOLE CANADIENNE DE CHIRURGIE DENTAIRE.

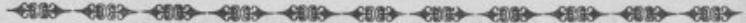
L'inauguration officielle de l'école de chirurgie dentaire de l'Université Laval, à Montréal (Canada), a été faite le 10 octobre dernier par le vice-recteur de cette université en présence du Consul général de France, des professeurs de l'école, etc. On sait que notre collaborateur M. Eudore Dubeau est directeur de cette école, qui est la continuation, sous un autre nom et sur d'autres bases, de la Faculté de langue française du collège dentaire de la province de Québec et qui est la seule enseignant l'art dentaire en français en Amérique. Le corps enseignant se compose de vingt-deux personnes.

L'ouverture a eu lieu avec vingt élèves. Un dispensaire est annexé à l'institution.

Nous souhaitons la plus grande prospérité à la nouvelle école et nous adressons nos très sincères félicitations à son directeur.

SERVICE DENTAIRE HOSPITALIER AU CANADA.

L'hôpital Notre-Dame de Montréal, le grand hôpital canadien français, vient d'organiser un service dentaire hospitalier journalier, dont M. Eudore Dubeau, notre collaborateur, a été chargé.



TRIBUNE OUVERTE.

QUESTIONS ET RÉPONSES.



N. B. Nous sommes à la disposition de nos lecteurs pour publier les questions qui nous seront adressées et nous serions heureux que cette insertion provoquât des réponses, que nous accueillerons, tout en déclinant toute responsabilité au sujet des opinions émises.

Toutefois nous ne pouvons donner suite qu'aux questions ou réponses signées ; mais la publication peut en être faite sous un pseudonyme choisi par l'auteur. *Prière de ne pas insérer ces communications dans le corps d'une lettre, mais sur feuillet spécial écrit d'un seul côté.*

? № 229. — Connait-on un exemplaire de la 1^{re} édition du livre de Fauchard, 1728 ? M. G. Viau ferait l'échange de cet ouvrage contre les deux volumes de la 2^e édition de 1746, avec portrait gravé de P. Fauchard et ajouterait volontiers quelques autres livres du XVIII^e siècle.

? № 230. — Un pharmacien possédant le diplôme de chirurgien-dentiste d'une faculté française a-t-il le droit d'exercer à la fois la pharmacie et l'art dentaire dans la même ville ?

Ne doit-il pas opter pour l'une ou l'autre profession ?

A. X.

 Réponse. — Il est des questions qui ont le privilège de se reproduire pour ainsi dire périodiquement et de provoquer en conséquence les mêmes réponses, — comme ce personnage de Molière qui redit toujours la même chose, parce que c'est toujours la même chose.

Quoi qu'il en soit, nous renvoyons M. X. à *L'Odontologie* du 15 octobre 1901, n° 181, et aussi à celles de 1897, p. 355 ; — 1898, p. 221 ; — 1900, p. 299 ; — 1901, p. 389.

La question, on le voit, si elle préoccupe parfois certains de nos abonnés, n'est pas non plus négligée par nous.

Nous ajouterons à ce que nous avons déjà pu dire quelques réflexions d'ordre pratique.

La jurisprudence, en ce qui concerne les pharmaciens, semble nettement assise.

Ils ne peuvent tenir deux officines, quand même ils mettraient un diplômé à la tête de chacune d'elles ; mais la chose paraît vivement controversée.

En tout cas, une officine ne peut être ouverte que si l'on est à la fois propriétaire du fonds et muni du diplôme.

Et la loi de germinal an XI ne renferme aucun texte qui accorde au pharmacien le droit de se substituer un mandataire.

On peut, dès lors, se demander, comment on pourrait pratiquement exercer les deux professions à la fois.

Mais d'obstacle légal, à vrai dire, je n'en vois guère, et je ne prévois pas le succès d'une poursuite qu'on engagerait à ce propos.

F. W.

ADRESSES UTILES

**La ligne : 20 francs par an, } dans 24 numéros.
Lignes en sus : 10 fr. la ligne. }**

- C. Ash et fils (*Fourn. gén.*) 22, rue du Quatre-Septembre, PARIS. TÉLÉPHONE 294.47.
 D^r Bengué (*Anestile*), 47, rue Blanche, PARIS.
 Clin et C^s (*Produits pharmaceutiques,adrénaline,Tubes stérilisés à tous médicaments*), 20, rue Fossés-Saint-Jacques, PARIS. TÉLÉPHONE 806.37 — 815.84.
 J. Fanguet, Georges Clotte, s^r (*Impressions en t. genres*), 28, r. d'Engaïen, PARIS.
 Comptoir international (*Fourn. gén.*), 15, avenue Fonsny, BRUXELLES.
 Contenau et Godart fils (*Fourn. gén.*), 7, r. du Bouloï, PARIS. TÉLÉPHONE 214.53.
 Cornelsen (*Fourn. gén.*), 16, rue St-Marc. TÉLÉPHONE 218.69.
 A. Debraux, prof^r (*Cert. d'Et. exigé des dentistes*), 17, faub. Montmartre, PARIS.
 L. Mairlot (*Fourn. gén.*), 24, place Ste-Gudule, BRUXELLES. TÉLÉPHONE 1429.
 A. Mellottée, imprimeur de *L'Odontologie à CHATEAUROUX*.
 P. Périé fils (*Fournitures générales*), 7, place Lafayette, TOULOUSE.
 B. Platschick (*Prothèse à façon*), 3, rue Ventadour, PARIS. TÉLÉPHONE 222.82.
 Reymond frères (*Fournitures générales*) { 22, rue Le Peletier, PARIS.
 } 44, place de la République, LYON.
 } 69, rue de la Croix-de-fer, BRUXELLES.
 } 3, rue Petitot, GENÈVE.
 TÉLÉPHONE 312.91.
 L. Riasse (*Agent de la Consolidated D. M. Co*), 97, rue Montmartre, PARIS,
 TÉLÉPHONE 283.75.
 Victor Simon et C^s (*Fourn. gén.*), 54, rue Lamartine, PARIS. TÉLÉPHONE 269.45.
 Société coopér. des dent. de Fr., 45, r. de La Tour-d'Auvergne. TÉLÉPH. 223.04.
 Société Française { 58 bis, Chaussée-d'Antin, Paris } Grande exposition, au dépôt
 de PARIS, de toutes les
 TELEPHONE 214.47. Nouveautés dans l'outil-
 Fournitures Dentaires. { Adr. télég. : Sociéteents. } lage de MM. les Dentistes.
 V^e J. Wirth (*Manuf. dent.*), 22-24, av. Philippe-Auguste, PARIS. TÉLÉPH. 923.48.

RENSEIGNEMENTS UTILES

**La ligne: 20 francs par an, } dans 24 numéros.
Lignes en sus: 10 fr. la ligne }**

ALLIAGE DENTAIRE

Contenau et Godart fils, 7, rue du Bouloï, PARIS, TÉLÉPHONE 214.53.

CERTIFICAT D'ÉTUDES.

Institut des Langues et des Sciences. A. Debraux, dir., 17, fg. Montmartre. 170 élèves reçus (noms et adresses publiés) ces dernières années. Examens de 1903 : 40 élèves reçus sur 50; 1904, 38 élèves reçus sur 46. Les 4/5 du cours de 1901, 1902, 1903 et 1904 reçus. Envoi des noms et adresses des diplômés.

CONTINUOUS GUM

B. Platschick, 3, rue Ventadour (*Laboratoire spécial*). TÉLÉPHONE 222.82.

DENTS XX^e SIÈCLE

D^r Carlier, seul concessionnaire pour la France, 61, rue de Flandre, PARIS.

FOURNITURES GÉNÉRALES.

Comptoir international, 15, avenue Fonsny, BRUXELLES.

Contenau et Godart fils, 7, rue du Bouloï, PARIS. TÉLÉPHONE 214.53.

Cornelsen, 16, rue Saint-Marc, TÉLÉPHONE 218.69.

Colin Logan fils, 113, rue Réaumur, près la Bourse, PARIS. TÉLÉPHONE 288.79.

H. Ningler et Lemesle, 12, rue des Immeubles industriels.

Reymond frères	{ 22, rue Le Peletier, PARIS. TÉLÉPHONE 312.91. 44, place de la République, LYON. 69, rue de la Croix de fer, BRUXELLES. 3, rue Petitot, GENÈVE.
----------------	---

Victor Simon et C^o, 54, rue Lamartine, PARIS. TÉLÉPHONE 269.45.

Société coopérative des dentistes de France, 45, rue de La Tour-d'Auvergne. TÉLÉPHONE 223.04.

Société de Fournitures Dentaires.	{ 58 bis, Chaussée-d'Antin, Paris TÉLÉPHONE 214.47. Adr. télég. : Sociétés.	<i>Grande exposition, au dépôt de PARIS, de toutes les Nouveautés dans l'outil- lage de MM. les Dentistes.</i>
---	---	--

V^{te} J. Wirth, 22-24, avenue Philippe-Auguste, PARIS. TÉLÉPHONE 923.48.

RENSEIGNEMENTS UTILES

La ligne: 20 francs par an, }
Lignes en sus: 10 fr. la ligne } dans 24 numéros.

IMPRESSIONS EN TOUS GENRES.

A. Mellottée, imprimeur de *L'Odontologie*, à CHATEAUROUX.
 J. Fanguet, Georges Clotte, successeur, fournisseur de l'*École Dentaire*,
 28, rue d'Enghien, à PARIS.

MATIÈRES OBTURATRICES.

<i>Amalgame Fellowship.</i> <i>L'Or Universel.</i> <i>Ciment Fellowslip.</i>	Société Française de Fournitures Dentaires. TÉLÉPHONE 214-47.
--	---

OPALINE, MEUBLES ASEPTIQUES.

L. Deglain, 88 et 92, quai Jemmapes, PARIS.

PRODUITS ANESTHÉSIQUES.

<i>Anestile. Dr Bengué</i> , 47, rue Blanche, PARIS. <i>Anesthésique Wilson, Central chemical Co</i> , 34, rue de l'Échiquier, PARIS. <i>Hypnoforme</i> (chlorure d'Ethyle spécial). } Chevretin et Lematte, 24, rue Cau- <i>Chloroforme</i> , chimiquement pur. } martin. TÉLÉPHONE 245.56. <i>Anesthésique local du Dr R. B. Waite.</i> <i>Somnoforme.</i> <i>Stovaine Billon.</i>	Société Française de Fournitures Dentaires. TÉLÉPHONE 214.47.
---	---

PRODUITS PHARMACEUTIQUES

<i>Adrénaline Clin. Clin et C°</i> , 20, rue des Fossés-Saint-Jacques, PARIS. <i>Ampoules MOREAU pour l'Art dentaire</i> (<i>cocaïne, tropacocaïne, etc.</i>). <i>Ampoules MOREAU à la Stovaine</i> 1 et 2 cc — 2 fr. et 2 fr. 50. Paris, 5, Rond- Point de Longchamp, 45, rue de La Tour-d'Auvergne, Société coopérative. <i>Formyl-Géranium.</i> <i>Xyléna. Liquide antiseptique.</i>	Société Française de Fournitures Dentaires. TÉLÉPHONE 214-47.
--	---

PROTHÈSE A FAÇON.

Lalement et Coutif, 5, rue de Laborde (Travaux artistiques). **TÉLÉPHONE 550.73.**
B. Platschick, 3, rue Ventadour (*Laboratoire spécial*). **TÉLÉPHONE 222.82.**

SŒMNOFORME

M

LE
PLUS RAPIDE

LE
PLUS SIMPLE

LE
PLUS SUR

Une
Anesthésie Générale
INSTANTANÉE
SURE et SANS DANGER
et sans aucun malaise post-opératoire
n'est obtenue que par le

SŒMNOFORME

Le SŒMNOFORME du Dr Rolland, de Bordeaux,
a été administré, par lui-même et avec le plus
grand succès, à plus de 20,000 patients, sans
aucun accident.

En ampoules de 3 et 5 c. c.	Flacon simple (60 gr.) . .	6 fr.
pour une dose	— double (120 gr.) . .	12 —
Par boîtes de 6 ampoules :	Robinet distributeur . .	5 —
5 Francs.	Un distributeur sert indéfiniment et peut s'appliquer à tous les flacons.	

Le SŒMNOFORME est

En vente dans tous les Dépôts dentaires de Paris & de Province

Dépositaires Généraux pour la France :
Société Française de Fournitures Dentaires

58 bis, Rue de la Chaussée-d'Antin

Adresse Télégraphique :
SOCIÉDENTS-PARIS

PARIS-IX^e

TÉLÉPHONE
214-47

L'ODONTOLOGIE

L'Odontologie est une TRIBUNE LIBRE, où toutes les opinions peuvent se produire ; les signataires gardent l'entièbre responsabilité de leurs appréciations.

BULLETIN

C'était durant les dernières vacances de Noël : le recteur de l'Académie de Paris était absent et les bureaux de la Sorbonne semblaient dormir. La surveillance y était si ralentie qu'un homme, à la démarche prétentieuse, à l'air conquérant, avait pu pénétrer, sans être vu, dans le cabinet de travail du recteur. Six heures durant, il écrivit : aux phrases ronflantes succédèrent les périodes sans fin ; aux conjonctions succédèrent les prépositions ; aux adjectifs succédèrent les adverbes, et un superbe rapport fut élaboré : un nouveau recteur de l'Académie de Paris venait de coordonner ses plus chères revendications pour les soumettre au grand maître de l'Université.

Pénétré de son rôle, notre homme appela un secrétaire pour lui ordonner de transcrire cet important rapport. A la vue de ce maître inattendu, le secrétaire fut interloqué : « Je suis le nouveau recteur de l'Académie : écoutez ce rapport, puis vous le recopierez. »

Le ton de commandement ne permettait pas de réplique, le changement était subit, mais il pouvait être vrai : le ministre était tout puissant ; aussi le secrétaire se mit-il à écouter.

Dès les premières phrases, le doute envahit son es-

prit : jamais le ministre n'aurait pu choisir pour diriger l'Académie de Paris un homme au style si lourd et si incorrect : le recteur nouveau n'était qu'un faux recteur : il y avait usurpation de titres. Bientôt le doute ne fut plus possible, et l'homme fut reconnu à ses tirades tant de fois chantées : la science dentaire n'est plus l'odontologie, elle est la stomatologie ; la prothèse ne doit pas être connue des dentistes ; le médecin seul est capable de soigner les dents, etc. C'étaient de vieilles chansons que notre secrétaire, depuis de longues années en fonctions, avait maintes fois entendues : le grand maître de la Stomatologie avait envahi la Sorbonne pour tenter de donner une autorité nouvelle à ses revendications démodées : il avait tenté d'usurper une fonction pour redorer son blason.

La colère du fonctionnaire, que l'on avait tenté de tromper, fut immense : il saisit le fameux rapport et, le déchirant, il en lança sur le parquet les multiples morceaux, et mit à la porte le faux recteur.

Dans sa fuite précipitée, celui-ci put ramasser sur le parquet quelques fragments de ses élucubrations : c'est ainsi qu'il put les rassembler pour les publier dans la Stomatologie.

Quel dommage pour les lecteurs de cet important organe que le fameux rapport n'ait pu être complètement reconstitué. Incomplet, les lecteurs n'ont guère pu le comprendre ; complet, les lecteurs ne l'auraient pas lu, parce que l'on fait des rapports apocryphes le même usage que l'on fait des lettres anonymes : on ne les lit pas.

Allons, la voix du passé, vous étiez mieux sous les habits du souverain pontife de la Stomatologie ; votre style ne peut convenir à un maître de l'Université ; ne quittez pas votre chapelle ; là seulement vous êtes grand ; là seulement vos longues périodes sont suivies, là seulement vos phrases interminables sont comprises.

E. F.

Travaux Originaux

SUR LA PROTHÈSE VÉLO-PALATINE

Par L. DELAIR.

Professeur suppléant à l'Ecole dentaire de Paris.

(*Société d'Odontologie. Séance du 25 novembre 1904.*)

Maintes fois, depuis le Congrès international de 1900 où je présentai, entre autres restaurés du voile ou de la face, un sujet muni de mon appareil à clapet, j'ai reçu de nombreux confrères français ou étrangers des demandes de conseils concernant l'exécution et l'application de mon voile.

La question à laquelle je dus le plus souvent répondre fut celle-ci : Comment peut-on déterminer, à l'examen d'une fissure vélo-palatine, la dimension à donner au voile artificiel et à son clapet ?

C'est cette question que je vais traiter aujourd'hui. Je parlerai d'abord du moulage de la bouche.

En principe, je ne prends à mes sujets fissurés qu'une empreinte buccale ne s'étendant pas au delà des dents de sagesse, c'est-à-dire que je ne cherche nullement à obtenir la reproduction anatomique et anormale des moignons du voile, de ses piliers antérieurs et postérieurs et du pharynx nasal.

Si je présente ce soir une collection de modèles de douze fissures congénitales que j'ai exécutés d'après nature, c'est uniquement afin que ces pièces anatomiques en cire me servent à rendre ma communication plus intéressante.

En prothèse restauratrice comme en prothèse dentaire d'ailleurs, nous sommes obligés d'admettre qu'il ne peut exister de type d'appareil universel. Il ne saurait en effet

entrer dans la pensée de quiconque qu'un voile artificiel obtenu avec un moule unique puisse indistinctement s'appliquer à tous les genres, à toutes les dimensions de fissures.

Les formes et dimensions de ces anomalies varient en effet presque à l'infini, selon la taille des sujets, la forme et la grandeur de la bouche. Il est cependant permis d'avancer que celles-ci peuvent se classer en sept types principaux, auxquels nous pouvons porter remède grâce à des voiles artificiels de forme similaire, mais de dimensions différentes.

Avant d'étudier ces dimensions et d'en donner les mesures relatives, je dois dire que pratiquement plus une fissure congénitale est étendue, plus il est facile d'y remédier. Cette affirmation peut paraître paradoxale à ceux auxquels la prothèse vélo-palatine n'est pas familière ; il est cependant exact de dire que l'on éprouve beaucoup de difficultés à appliquer un clapet pour une fissure très étroite. Ceux qu'affraie de prime abord l'entreprise d'une restauration vélo-palatine, parce que la fissure part du bord alvéolaire pour finir largement en V au niveau des tronçons de la luette devront l'entreprendre sans hésitation : ils sont assurés du succès.

A l'appui de ce que j'avance, je présente la reproduction de la fissure la plus étendue qui, depuis quatre ans, ait été restaurée à l'Ecole. Le sujet dont je montre le moulage buccal porte un bec-de-lièvre complexe unilatéral gauche : la suture de la lèvre a été opérée jadis avec succès ; le moulage facial, exécuté avec l'assistance de mon dévoué collaborateur M. Leconte, est au musée de l'Ecole dentaire.

Sur ce moulage en cire se voit très distinctement l'espace qui sépare les deux maxillaires ; la division très large laisse voir le vomer, les cornets, les piliers antérieurs et postérieurs, le pharynx nasal, les amygdales et, de chaque côté, l'orifice du sinus sphénoïdal et la trompe d'Eustache. Il était tout indiqué d'appliquer un voile à clapet de grandes dimensions ; c'est ce voile de caoutchouc nécessaire à la restauration de cette infirmité que je présente à votre

examen. Dans ce cas l'introduction du clapet a été des plus faciles, les tronçons de la luette bifide étant assez éloignés l'un de l'autre.

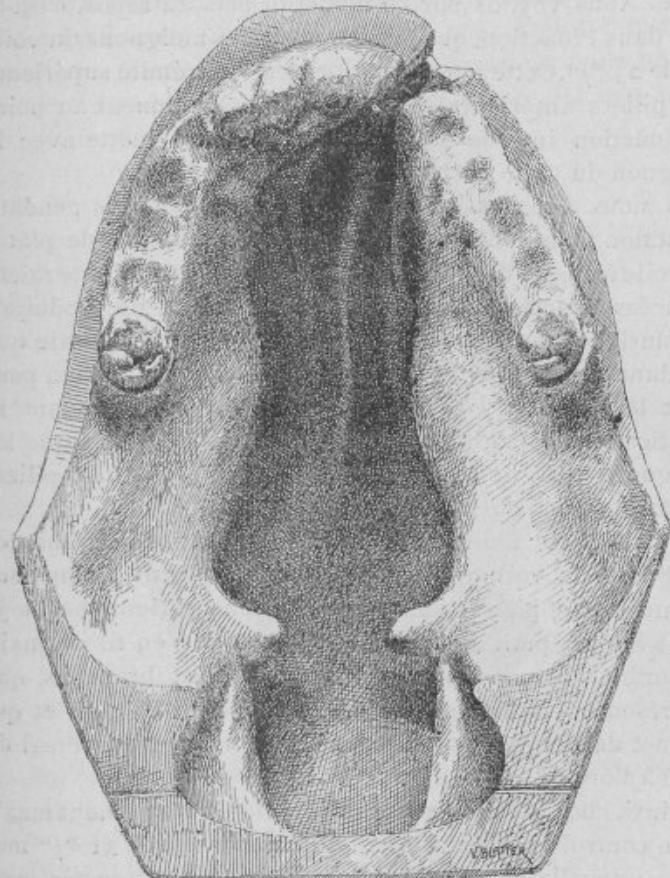


Fig. 1. — Moulage d'un bec-de-lièvre.

Il me sera aisé avec ce moulage de faire comprendre pourquoi il est inutile, autrement que pour se procurer le plaisir de posséder une pièce anatomique intéressante, de mouler l'arrière-bouche d'un fissuré.

Ce moulage a été pris au repos, c'est-à-dire que les moi-

gnons du voile, les piliers, le pharynx ont été insensibilisés grâce à une pulvérisation de cocaïne au dixième: j'ai pu ainsi procéder au moulage total alors que tout réflexe avait cessé. Nous voyons sur ce moulage pris au repos, c'est-à-dire dans l'inaction, que l'écartement des moignons du voile est de 23 mm . Cette mesure est prise à l'extrémité supérieure des piliers antérieurs, c'est-à-dire immédiatement au point de jonction interne de chaque tronçon de luette avec le moignon du voile correspondant.

Si nous nous basions sur cet écartement pris pendant l'inaction pour confectionner d'après un modèle de plâtre un voile à clapet dont les deux échancrures latérales seraient espacées exactement de 23 mm , cet appareil ne produirait l'occlusion complète entre les cavités buccale et nasale que pendant le repos des moignons : il ne servirait à rien pendant leur action. L'écartement varie en effet pendant la mastication, la déglutition et la phonation, suivant que les moignons du voile s'élèvent ou s'abaissent et que les piliers se rapprochent ou s'éloignent.

Il faut donc tenir compte de l'écartement extrême des moignons du voile et le provoquer par des titillations sur la muqueuse pour procéder à sa mensuration, ce que je fais avec un petit instrument très simple en fil de maillechort. C'est une sorte de fourche à deux branches, que je présente à l'orifice de la fissure pendant l'action et qui permet de prendre exactement l'écartement transversal de bord à bord (V. fig. 4).

Ainsi, chez notre sujet durant l'action, l'écartement maximum contrôlé par cette sorte de compas est de 31 mm mesurés immédiatement à la naissance des piliers postérieurs, alors que l'écartement minimum au repos était de 23 mm . Il y a donc une différence de 8 mm . Ce serait, en observant la théorie à la lettre, un pont de 31 mm de largeur que nous devrions établir entre les piliers pour reconstituer intégralement l'isthme du gosier; mais nous devons songer à éviter que le frottement sur le bord des échancrures ne lèse la muqueuse, et pour cela nous ne laisserons entre les échan-

crures qu'un intervalle moindre de $3^{\text{m}}/\text{m}$ environ, soit pour le cas présent $29^{\text{m}}/\text{m}$.

Quelles seront maintenant les dimensions du clapet ? D'après Sappey, l'espace existant chez l'adulte entre la paroi du pharynx et le bord postérieur du voile normal est de 7 à $16^{\text{m}}/\text{m}$. D'après Tillaux cet espace est très varia-

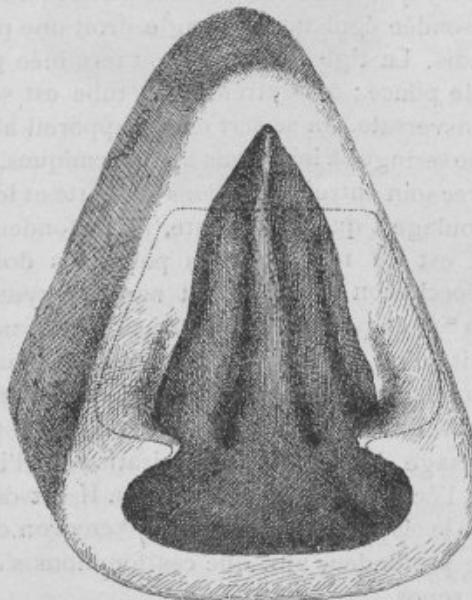


Fig. 2. — Coupe horizontale et transversale d'une fissure vélo-palatine.

ble ; parfois il est très petit, d'autres fois il est si large qu'il peut permettre avec le doigt l'exploration de l'arrière cavité des fosses nasales.

J'ai moulé sur le cadavre d'un fissuré cette petite pièce de démonstration très suggestive. Cette coupe en haut relief faite au niveau de la base interne des tronçons de luette laisse voir le pharynx nasal et démontre facilement le rôle physiologique de mon clapet de caoutchouc mou entre les parois du pharynx.

Il est facile de mesurer exactement l'espace antéro-postérieur existant entre ces parois chez un fissuré quelconque avec un petit compas que j'ai imité d'un instrument mécanique de précision (V. fig. 5). Cet appareil introduit avec soin entre les tronçons de luette et le pharynx indiquera mathématiquement cette profondeur. C'est une tige métallique de 18 cm de longueur et recourbée à angle droit sur une longueur de 15 mm ; elle coulisse dans un tube à l'extrémité duquel est soudée également à angle droit une plaquette à bords arrondis. La tige est graduée et terminée par un anneau pour le pouce; à l'extrémité du tube est soudée une barrette transversale. On se sert de cet appareil absolument comme d'une seringue à injections hypodermiques, il doit être introduit avec soin entre les tronçons de luette et le pharynx.

Sur le moulage 1 que je présente, la profondeur du pharynx nasal est de 16 mm . Nous pourrions donc obtenir au repos l'occlusion complète du naso-pharynx avec un clapet de 16 mm de profondeur; ainsi construit, notre appareil ne serait qu'un obturateur total aussi bien au repos que pendant l'action; il ne s'opposera pas seulement à la résonance normale des sons articulés, mais encore il ferait obstacle au passage de l'air pour l'expiration et l'inspiration nasales et à l'écoulement des mucosités. Il est donc nécessaire de faire le clapet plus étroit de 2 mm environ, c'est-à-dire de 14 mm de profondeur afin que ces fonctions s'opèrent librement au repos.

Ce ne sera que dans l'action que le clapet attiré de bas en haut par le ressort de caoutchouc qui le relie à l'appareil palatin viendra, en s'élevant dans le pharynx nasal, s'appliquer intimement contre le muscle constricteur supérieur du pharynx; ce muscle, faisant bourrelet dans la plupart des cas, formera, en quelque sorte, soupape hermétique, grâce à la valvule de caoutchouc mou à laquelle j'ai cru devoir donner le nom de voile à clapet pour en mieux préciser la fonction.

Quant à la largeur à donner au clapet, nous la déterminerons en mesurant l'intervalle existant entre les deux parois

latérales du pharynx. Pour cette mensuration, nous emploierons un petit appareil que j'ai imaginé et que nous intro-

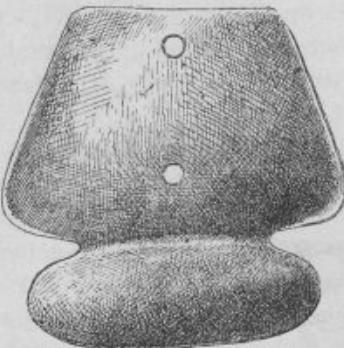


Fig. 3. — Le voile à clapet.

duirons délicatement en arrière des tronçons de la luette immédiatement à la naissance des amygdales (V. fig. 6).

Ces dimensions sont, chez l'adulte, d'après Sappey, de 4 à 5 centimètres au niveau de la trompe d'Eustache. Sur notre moulage 1, cet écartement est de 47 mm . Si nous observions rigoureusement cette mesure pour la confection du clapet, le frottement l'empêcherait de remonter pendant l'action, de là la nécessité de le faire plus étroit d'environ 3 mm . Nous donnerions dans ce cas 44 mm de largeur à notre clapet.

L'instrument nécessaire à cette mensuration est fait d'une tige métallique de 15 cm de longueur sur laquelle est soudée perpendiculairement par le milieu une barrette taraudée de trente millimètres de longueur. Sur chacune des branches se visse un tube terminé par une boule dont le but est d'empêcher la meurtrissure de la muqueuse pendant la mensuration. En vissant plus ou moins les branches, on mesure exactement l'écartement des parois latérales du pharynx en arrière des piliers postérieurs.

Pendant l'action, grâce à la souplesse du caoutchouc mou et mince, ce clapet se repliera sur lui-même sous la pression des muscles, il diminuera par conséquent de diamètre pen-

dant l'action pour reprendre au repos sa dimension première.

On conçoit qu'il soit facile, étant donné les dimensions

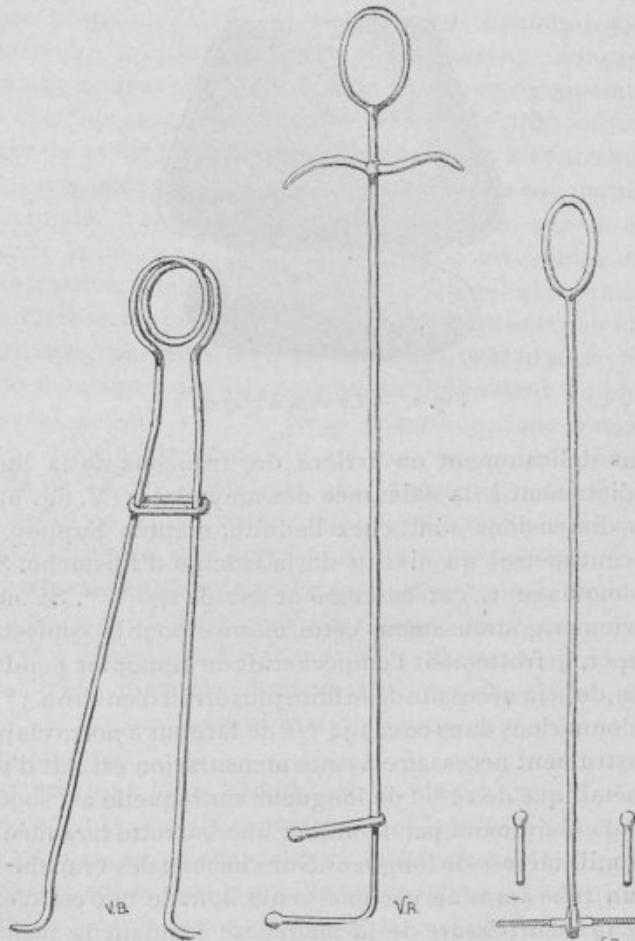


Fig. 4.

Fig. 5.

Fig. 6.

exactes en profondeur et en largeur, de façonner un clapet d'un ovale correspondant.

Quant à la dimension du voile artificiel proprement dit, je rappellerai que ses bords doivent s'accorder de chaque côté

aux moignons du voile sur une largeur d'environ 8 mm afin de s'opposer au passage des particules alimentaires.

La largeur normale du voile anatomique étant plus grande, d'après Tillaux, d'environ un centimètre que sa longueur, nous devrons, sinon comme forme, du moins comme dimension, observer la même règle pour l'exécution d'un voile artificiel.

Dans le cas de notre sujet n° 1 l'écartement maxima des moignons étant de 28 mm, nous donnerons au voile de caoutchouc souple une largeur maxima de 44 mm. Sa longueur sera calculée à partir de la charnière du mécanisme, c'est-à-dire du bord postérieur de l'appareil palatin à la base des piliers postérieurs.

En résumé : dans le cas de fissure totale, une plaque dentaire, faisant pont d'un bord à l'autre de la fissure palatine formera obturateur fixe jusqu'au niveau de la portion apénévrotique du voile. C'est exactement à ce point qui correspond à la face antérieure des dents de sagesse que devra être placé sur la pièce dentaire le mécanisme du voile artificiel à clapet.

Puis, étant donné la largeur d'une fissure totale quelconque, nous déterminerons celle du voile artificiel que nous nous proposerons de façonner, en l'augmentant de 7 à 8 mm sur chaque bord pour assurer un contact absolu avec les moignons pendant l'écartement extrême de ceux-ci, c'est-à-dire pendant la déglutition, la phonation ou le chant.

Sa longueur devra être moindre d'un centimètre.

Nous avons étudié mathématiquement les dimensions à donner aux deux échancrures situées entre le voile et le clapet. Revenons sur ce sujet extrêmement important, car, de sa connaissance parfaite dépend le plus souvent le succès de l'appareil.

Il est bien entendu que la largeur de chaque échancrure doit correspondre à l'épaisseur du tronçon de luette qui doit s'y emboîter. Cette épaisseur varie selon les cas, sa moyenne est de 4 à 6 mm. Chaque échancrure doit venir enfourcher pour ainsi dire le moignon correspondant immédiatement.

ment au point de réunion des tronçons de luette et des moignons du voile.

Pour le clapet je rappelle en passant que son but est d'occlure le pharynx nasal pendant la déglutition, ainsi que pendant l'émission des quatre cinquièmes des sons articulés. J'ai déjà dit sa raison d'être ajouté au voile artificiel proprement dit, j'en ai démontré le rôle physiologique, lorsque j'ai présenté, il y a deux ans, plusieurs sujets auxquels il était appliqué.

Au point de vue de ses applications, je dis à nouveau que, sauf le cas rare de très grande étroitesse de la fissure, il peut toujours être employé.

Il n'existe aucune proportion anatomique exacte entre la largeur et la profondeur de l'espace situé entre le pharynx et les tronçons de luette. Les amygdales sont en effet souvent une cause de rétrécissement de la cavité; par leur volume, elles repoussent parfois en avant les piliers antérieurs, ce qui agrandit les dimensions de l'espace à combler. D'autres fois elles sont rudimentaires et cet espace est plus étroit.

Le clapet sera toujours ovale, mais non point d'une régularité géométrique; sa partie transversale antérieure doit être droite d'une échancrure à une autre et son bord postérieur d'une courbure très peu accentuée pour venir s'appliquer intimement, dans le pharynx nasal, contre le muscle constricteur supérieur du pharynx pendant l'action.

Les sept types différents dont je présente les modèles en métal sont les plus employés, ils peuvent suffire à presque tous les cas, pour ne pas dire à tous. Ils sont en aluminium martelé, ou en cire mince; les dimensions peuvent en être facilement modifiées pour servir à la confection de nouveaux modèles en plâtre qui devront être employés, pour la fonte de moules en métal fusible nécessaires à la cuisson de voiles excessivement minces et lisses.

Cette collection nous est utile à l'École pour les cas auxquels nous apportons chaque année remède, mais, d'après la série des gabarits principaux qui servent à leur martelage et à leur façonnage, le dentiste peut facilement faire ces

mêmes modèles types en cire : il suffit de les modeler avec une plaque de cire mince ordinaire à dentiers.

Chacun de ces gabarits correspond à un des moulages anatomiques que je vous présente : les dimensions en sont reproduites dans le tableau ci-dessous.

TYPES.	MESURES PRISES SUR NATURE.				DIMENSIONS CORRESPONDANTES DES VOILES.			
	Ecartement au repos des moignons du voile.	Ecartement maximum pendant l'efflon.	Profondeur de la cavité pharyngienne.	Ecartement des parois latérales du pharynx.	Ecartement des échancreures.	Largeur maxima du voile.	Longueur du clapet.	Largeur du clapet.
I	23 mm	31 mm	16 mm	47 mm	29 mm	48 mm	14 mm	44 mm
II	22	30 1/2	16	45	27 1/2	46	14	42
III	21	29	15	43	26	44	13	40
IV	20	28	14	42	25	42	12	38
V	19	26 1/2	13	41	23 1/2	41	11	38
VI	18	25	14	37	22	40	12	34
VII	17	23	12	35	20	39	10	32

Avec cette table de proportions il sera facile au dentiste de discerner à quel type appartient le cas qu'il aura à restaurer. Il devra cependant se souvenir que, pour arriver à faire tolérer par son malade un appareil aussi gênant au début qu'un voile à clapet, il devra l'y habituer, d'abord par une série de voiles d'accoutumance, diminutifs de l'appareil définitif.

Comme nous le voyons par le tableau ci-dessus, l'application d'un voile à clapet peut s'opérer facilement pour remédier aux inconvénients des fissures de 20 à 30 mm et plus. Au-dessous de ces dimensions il est, à mon avis, bien préférable de confier le fissuré au chirurgien pour l'opération de la staphylorraphie.

Je présente les moulages de deux fissures congénitales étroites, avant l'opération et après, l'une de 19 mm, l'autre de 18 mm, dimensions maxima prises pendant l'action et qui ont été choisies par moi parmi les nombreuses staphylorra-

phies opérées pendant l'année courante par M. le P^r Sebilleau, à l'hôpital Lariboisière.

Ainsi que le montrent les moulages pris après la cicatrisation, ces deux résultats reconstituent parfaitement la cloison devant exister normalement entre la bouche et les fosses nasales, l'étroitesse des fissures, la largeur des moignons ayant permis au voile reconstitué par le chirurgien de rester souple après la cicatrisation.

Il se peut cependant que cette cicatrisation produise un tissu rigide et peu vibratile, ce qui nuit à la phonation. J'ai pu remédier dans plusieurs cas à cet inconvénient, grâce à un petit appareil extenseur dont je me propose de vous faire un jour apprécier les résultats.

Il faut souhaiter que dans l'avenir un plus grand nombre de dentistes, s'inspirant des travaux antérieurs, cherchent à perfectionner cette belle science de la prothèse vélo-palatine que je m'efforce de vulgariser depuis des années. Puissez-vous réussir à la simplifier encore pour le soulagement de milliers de malheureux qui ne peuvent, infortunés qu'ils sont la plupart du temps, attendre que de vous un soulagement à leur triste infirmité, un adoucissement à leur pénible situation sociale.

ANESTHÉSIE GÉNÉRALE AU CHLORURE D'ETHYLE

Par J. REBOUL (de Nîmes).

(*Communication au Congrès de Grenoble, août 1904.*)

(2^e article, suite et fin.)

J'ai fait sur moi-même l'expérience de l'anesthésie générale au chlorure d'éthyle.

En juillet 1902, après avoir déjeuné comme d'habitude, j'arrivai à l'hôpital vers neuf heures du matin, souffrant beaucoup d'un anthrax au bras et de quelques furoncles ; je priai mon ami le Dr Béchard et mes internes, MM. Gau et Rabéjac, de vouloir bien m'endormir au chlorure d'éthyle et de m'opérer. Dès la première inhalation de chlorure d'éthyle, il paraît que j'étais anesthésié. Je n'ai éprouvé aucune sensation désagréable au début de l'anesthésie. A peine avais-je respiré profondément le chlorure d'éthyle, que je me sentais transporté au sommet du pic du Sancy avec un beau soleil et un ciel radieux. Je me sentais porté sans pouvoir me rendre compte comment, et je descendais avec une rapidité prodigieuse, mais très agréable, dans la vallée du Mont-Dore (j'avais fait cette excursion l'année précédente). A ce moment je me réveillai, on faisait le pansement. Je le voyais faire et j'avais la sensation que l'on touchait du carton ou une plaque de caoutchouc, qui ne m'appartenait pas. Je m'assis sur la table d'opération, sans nausées, sans vertiges, tout surpris d'être opéré : je pus me lever seul et me mettre à causer avec mon confrère et mes internes. J'avais seulement une langue un peu pâteuse ; un gargarisme à l'eau de Vichy fit cesser ce petit malaise, et je pus ensuite diriger une opération faite par mes internes ; j'étais absolument lucide. En rentrant chez moi, je déjeunai de bon appétit et je repris dans l'après-midi mes occupations habituelles.

Quelques mois après, j'ai dû employer de nouveau l'anes-

thésie au chlorure d'éthyle pour me faire opérer d'un adéno-phlegmon de l'aisselle dû à une infection pendant une opération. Mon rêve sous l'anesthésie fut encore très agréable. J'étais dans un pays idéalement beau, avec un ciel bleu éclatant, dans lequel brillait une lumière étincelante. Mon rêve se modifia ensuite brusquement, je me trouvais alors dans un endroit obscur avec parois circulaires d'où je cherchais à sortir, guidé par une vive clarté, lorsque je me réveillai. A mon rêve agréable du début avait succédé un cauchemar ; à ce moment, il paraît que je me suis un peu débattu, je faisais des mouvements semblables à ceux que l'on fait pour se débarrasser d'un obstacle.

Plusieurs malades anesthésiés au chlorure d'éthyle ont eu des sensations semblables, mais dans tous les cas le cauchemar désagréable est de très courte durée. C'est à ce moment que l'on observe chez eux des mouvements désordonnés ; ils cessent brusquement dès que la période d'anesthésie se transforme en une période d'analgésie de retour.

D'ailleurs, en aucun moment, on n'éprouve de douleur due à l'opération que l'on subit, quelle qu'elle soit.

Très généralement après l'anesthésie, les malades peuvent s'asseoir, se lever, marcher, sans vertiges, sans céphalalgie et sans troubles gastriques. Parfois ils ont quelques nausées, deux ou trois, très rarement un vomissement ; le plus souvent peu de temps après, ils demandent à manger, on peut le leur permettre sans inconvenient.

Dans les anesthésies de très courte durée, il n'y a aucune espèce de troubles. Après la narcose, les malades reprennent immédiatement leurs fonctions cérébrales et motrices. Il est fort probable que, dans ces cas, il y a eu seulement analgésie, l'anesthésie ne s'est pas produite. Elle est bien suffisante pour certaines opérations comme les opérations dentaires.

A la suite de l'anesthésie au chlorure d'éthyle je n'ai jamais observé de modifications du côté des urines, ni d'albuminurie. Je n'ai pas observé d'ictère les jours suivants

comme cela arrive très fréquemment après l'anesthésie au chloroforme ou au bromure d'éthyle. Dans aucun cas mes malades n'ont eu l'expectoration d'écume blanche qui se produit parfois après l'éthérisation.

D'après mon expérience, l'anesthésie au chlorure d'éthyle est facile et bénigne, pourvu qu'on la pratique suivant les règles indiquées ; je n'ai jamais dépassé une durée d'anesthésie de trente à quarante minutes et la dose de 20 à 25 centimètres cubes, de crainte de voir survenir les accidents signalés par le Dr Girard dans ses expériences sur les animaux.

Cet auteur a en effet noté des lésions du rein, du foie, et des phénomènes graves et mortels, sur les centres nerveux, respiratoires et cardiaques ; mais, dans ces expériences, le Dr Girard employait des quantités de chlorure d'éthyle bien supérieures à celles que l'on utilise chez l'homme.

D'après plus d'un millier d'anesthésies au chlorure d'éthyle que j'ai faites ou fait faire, je crois pouvoir dire qu'en se tenant dans les limites indiquées l'anesthésie au chlorure d'éthyle n'est ni nuisible ni dangereuse ; je ne connais pas de cas publiés d'accidents graves ou de morts dus à cette narcose et cependant le nombre des anesthésies générales au chlorure d'éthyle faites actuellement doit certainement être de plusieurs milliers.

L'anesthésie mixte, chlorure d'éthyle et chloroforme ou éther, doit être employée quand on prévoit que l'opération aura une certaine durée. D'ailleurs il est très facile de commencer par l'anesthésie générale au chlorure d'éthyle et de continuer par le chloroforme ou l'éther, si l'on vient à dépasser les doses prudentes de chlorure d'éthyle et s'il est nécessaire de continuer l'anesthésie.

La transition de l'anesthésie au chlorure d'éthyle à l'anesthésie au chloroforme se fait en général insensiblement ; il suffit de remplacer la compresse imbibée de chlorure d'éthyle par une compresse sur laquelle on a projeté deux à trois gouttes de chloroforme ou par le masque d'éther. Mais il faut que ce changement ait lieu sans que le malade respire

de l'air. Si l'on continue l'anesthésie avec le chloroforme, on le donnera à petites doses (2 à 3 gouttes) régulièrement espacées et l'on pourra alors éviter complètement la période d'excitation du début de la chloroformisation et réduire considérablement (à quelques grammes), la dose de chloroforme nécessaire pour une opération de longue durée. Ainsi, pour une ovariotomie que je faisais récemment, le Dr Olivier de Sardan, qui m'assistait, a pu obtenir une anesthésie complète avec 7 centimètres cubes de chlorure d'éthyle et 10 grammes de chloroforme.

Pour obtenir ce résultat, il faut que l'anesthésieur ait une grande habitude de ces deux anesthésies successives. Dans certains cas, soit qu'on ait permis l'accès de l'air, soit qu'on ait donné de trop fortes doses de chloroforme, il se produit de l'excitation au moment du changement d'anesthésique. Au début de notre pratique nous avions assez souvent à constater ces phénomènes d'excitation et à lutter contre eux, mais depuis longtemps nous ne l'observons plus ou du moins très rarement.

Je n'ai pas une pratique suffisante de l'association du chlorure d'éthyle avec l'éther pour pouvoir apprécier cette anesthésie mixte.

L'anesthésie générale au chlorure d'éthyle seul ou combiné avec la chloroformisation me paraît pouvoir être faite chez tous les malades ; jusqu'à ce jour, je n'ai pas constaté de contre-indications formelles tenant au sexe, à l'âge des malades, à l'état de leur cœur, de leurs poumons, de leurs voies digestives, de leur foie et de leurs reins.

Au début de ma pratique de cette anesthésie il m'avait semblé que les enfants et les vieillards s'endormaient mal avec le chlorure d'éthyle ; cela devait certainement tenir à une mauvaise technique, puisqu'à mesure que nous avons fait un plus grand nombre de narcoses, nous avons constaté que l'anesthésie est aussi facilement obtenue et maintenue chez eux que chez les adultes.

Cependant je crois qu'il est prudent de diminuer chez les vieillards et les enfants les doses totales de chlorure

d'éthyle et de réduire les doses, sur la compresse, pour chaque inhalation.

En 1902, le Dr Olivier de Sardan endormait au chlorure d'éthyle une petite fille de trois ans et demi atteinte de luxation congénitale de la hanche ; je voulais savoir si la luxation était ou non réductible et pouvait être maintenue par un traitement approprié. J'avais terminé mon examen, quand l'enfant eut un arrêt de sept secondes de la respiration, sans cyanose. La respiration reprit aussitôt son rythme régulier après une profonde inspiration. Le Dr Olivier de Sardan avait projeté sur la compresse 3 centimètres cubes de chlorure d'éthyle. Nous sommes convaincu que cette dose était trop forte pour la petite fille, et nous pensons que chez les enfants de cet âge on doit donner des doses initiales de 2 centimètres cubes au maximum.

La chloréthylisation peut être employée même chez des enfants débilités, à condition de ne pas dépasser les doses que je viens d'indiquer. En voici un exemple :

J'avais à opérer un enfant de 4 ans et demi, qui, à la suite d'une fièvre typhoïde, avait eu une cinquantaine d'abcès cutanés, sous-cutanés ou profonds dus au staphylocoque. Il s'agissait d'inciser un abcès sous-musculaire, peut-être sous-périosté de la cuisse gauche. Nous étions au soixante-dixième jour de l'infection et je craignais beaucoup l'anesthésie générale à cause de l'état de faiblesse extrême de cet enfant. D'autre part, il était impossible d'opérer sans anesthésie à cause de l'obligation dans laquelle je me trouvais d'intervenir probablement sur le fémur. Le Dr Olivier de Sardan voulut bien endormir le petit garçon au chlorure d'éthyle. Dès la première inhalation, l'enfant fut analgésié, l'anesthésie fut complète et régulière, et je pus faire l'opération nécessaire, même le pansement, sans que l'enfant éprouvât la moindre souffrance, alors que les inhalations au chlorure d'éthyle avaient cessé dès la fin de l'opération.

Chez les vieillards, même débilités, j'ai employé la chloréthylisation et n'ai pas eu à le regretter. Ils n'ont pas eu

pendant ou après la narcose cet abattement si fréquent avec les autres procédés d'anesthésie ; leur sommeil a été calme, sans accidents ou alertes.

J'ai fait endormir au chlorure d'éthyle des malades atteints de lésions mitrales, de lésions aortiques, de bronchite chronique, avec asthme et emphysème, des tuberculeux pulmonaires, sans observer rien d'inquiétant ou même d'anormal.

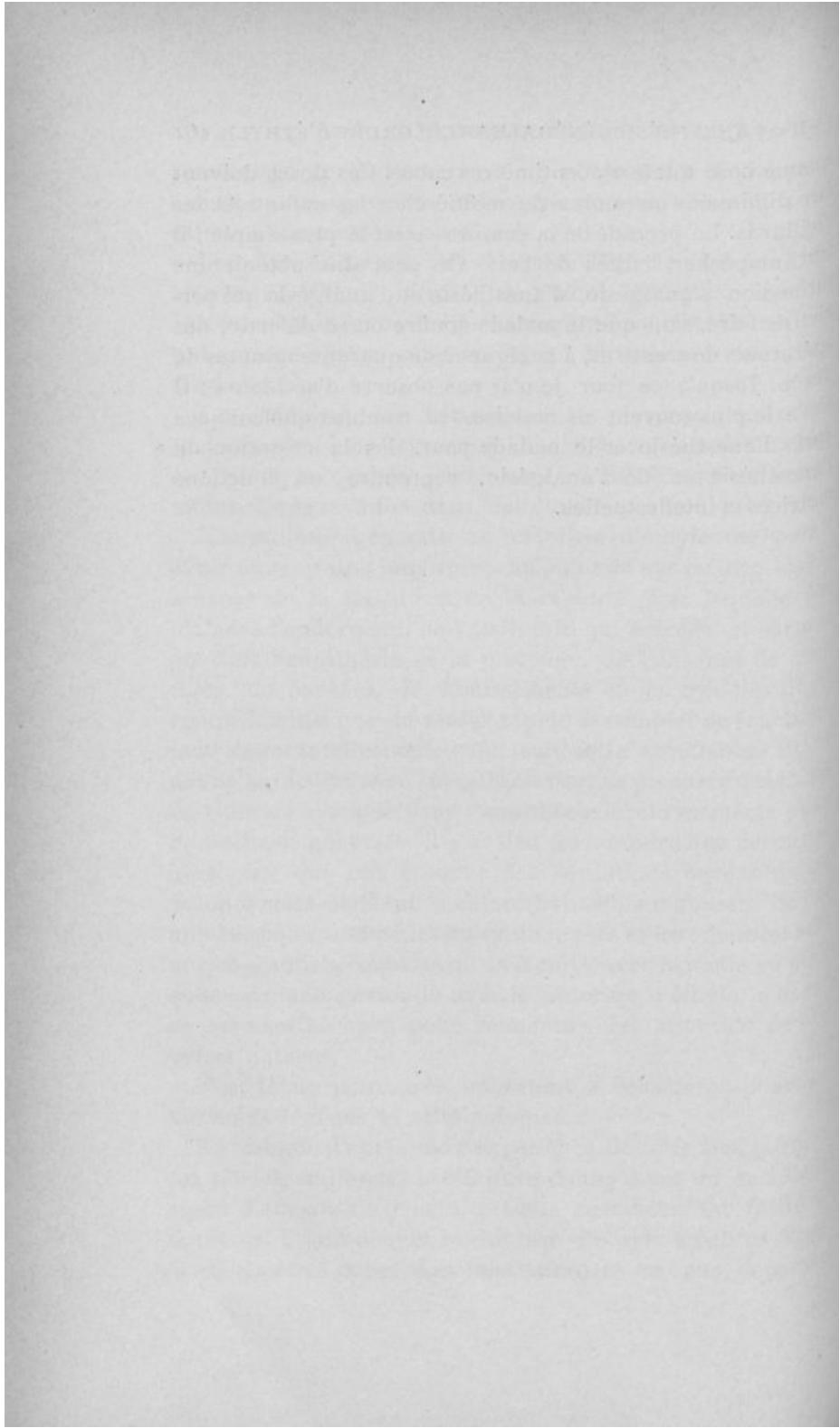
Les urinaires, les hépatiques, les dyspeptiques m'ont toujours paru bien supporter l'anesthésie générale au chlorure d'éthyle, qui n'a jamais causé, à ma connaissance du moins, d'aggravation dans leur état.

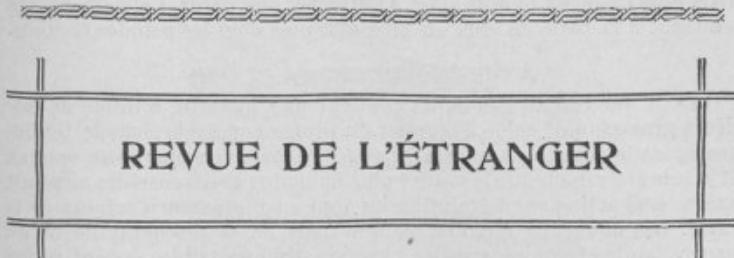
L'anesthésie générale au chlorure d'éthyle me paraît avoir une certaine importance au point de vue médico-légal, à cause de la facilité et de la rapidité avec laquelle les malades s'endorment, de l'analgésie qui précède et surtout qui suit l'anesthésie et la prolonge, de l'absence de vertiges, de nausées, de vomissements et de troubles quelconques, ainsi que du retour rapide et complet de fonctions motrices et intellectuelles qui suit cette anesthésie. Étant donné la facilité avec laquelle on peut se procurer des tubes de chlorure d'éthyle pour l'anesthésie locale et même pour l'anesthésie générale, il y a lieu de craindre que certaines personnes qui ont éprouvé des sensations agréables ou voluptueuses pendant la chloréthylation n'abusent de cet anesthésique, comme les morphinonanes et les éthéromanes, et que d'autres, connaissant la facilité avec laquelle on peut endormir une personne avec le chlorure d'éthyle, n'usent de cet anesthésique, pour commettre des attentats de diverses natures.

C'est là un point très important à considérer pour les médecins légistes et criminologistes.

En résumé, d'après mon expérience de trois ans, portant sur plus de mille cas, le chlorure d'éthyle est un excellent agent d'anesthésie générale. Cette anesthésie est facile et agréable, il faut donner le chlorure d'éthyle à petites doses (5 centimètres cubes par inhalation) et ne pas dépasser

comme dose totale 25 centimètres cubes. Ces doses doivent être diminuées au moins de moitié chez les enfants et les vieillards. Le procédé de la compresse est le plus simple ; il faut empêcher l'accès de l'air. On peut ainsi obtenir une succession d'analgésie, d'anesthésie et d'analgésie qui permet de faire, sans que le malade souffre ou se défende, des opérations de trente et, à la rigueur, de quarante minutes de durée. Jusqu'à ce jour je n'ai pas observé d'accidents ; il n'y a le plus souvent ni malaises ni troubles quelconques après l'anesthésie et le malade peut, dès la cessation de l'anesthésie et de l'analgésie, reprendre ses fonctions motrices et intellectuelles.





REVUE DE L'ÉTRANGER

ÉTUDE DE CERTAINES QUESTIONS RELATIVES A LA PATHOLOGIE DENTAIRE

Par W. D. MILLER.

Traduit de l'anglais par K. LOGAN, D.E.D.P., D.F.M.P.

(2^e article¹.)

7^e Caractère de l'alimentation.

Il est hors de doute qu'un excès d'hydrocarbones facilement fermentescibles, mous, gluants et lentement solubles, favorise la fermentation buccale et accélère la marche de la carie.

Le cas suivant le démontre clairement. M. A., âgé de 43 ans, avait toutes ses dents cariées ; à la mâchoire inférieure deux grosses molaires et une petite avaient été extraites et les molaires restantes, qui étaient bien séparées et n'offraient aucun point de rétention aux aliments, étaient indemnes de carie, mais les incisives et les canines étaient toutes cariées. La salive était normale en qualité et en quantité. Ce jeune garçon, outre qu'il ne se brossait jamais les dents, vivait presque uniquement d'hydrocarbones ; il ne mangeait de viande ni au déjeuner du matin, ni à celui de midi, mais seulement au dîner, une ou deux fois par semaine. Les races humaines et animales qui vivent exclusivement de viande sont indemnes de caries : c'est là un fait qui peut être établi presque sans discussion, quoiqu'on n'y prête pas toujours l'attention nécessaire.

Les propriétés physiques des aliments représentent un facteur qu'il ne faut pas négliger. Certains aliments s'accumulent autour des dents : on peut aisément s'en rendre compte en mangeant un biscuit ou un morceau de gâteau et en observant le grand nombre de particules qui se logent dans les anfractuosités, tandis que les débris fibreux ne s'amassent pas si aisément (Wallace). En général les matières agglutinantes, amyloacées et à demi solubles, sont les plus mauvaises pour les dents.

La cuisson rend les aliments non seulement plus fermentescibles,

1. V. *L'Odontologie* du 15 janvier 1905, p. 19.

mais plus visqueux et plus aptes à s'attacher aux dents. Cela explique la tendance à la carie de plus en plus marquée chez les peuples civilisés.

8^e Action des corps gras sur les dents.

On sait que l'émail des dents contient une quantité minime de matières grasses, qui, selon l'opinion du professeur Liebreich, de Berlin, protègent le tissu contre les acides. Je ne puis accepter cette opinion et je suis convaincu que la nature plus ou moins graisseuse des aliments exerce une action sur l'évolution ou tout au moins sur l'origine de la carie. Des morceaux d'ivoire plongés dans de la térebenthine ou du beurre fondu et exposés ensuite à l'action d'acides faibles étaient moins décalcifiés du côté sur lequel se trouvait le corps gras (v. fig. 5)¹.

Cela est très compréhensible. Des molaires très branlantes et privées de leurs antagonistes sont généralement recouvertes d'un dépôt graisseux et ne se décalcifient pas dans cet état. Sans aucun doute une couche graisseuse recouvrant la surface des dents et formée par les aliments riches en matières grasses a une tendance à protéger les dents contre les acides. On peut se demander à ce propos si les corps gras ne se décomposent pas dans la bouche, en amenant la production d'acides. Cela n'est pas probable, car les matières grasses mélangées à la salive et maintenues à la température du sang donnent une réaction alcaline. Ce fait démontre que les corps gras ont une action protectrice sur les dents.

J. Sim Wallace dit à propos de *l'étiologie et la prophylaxie de la carie dentaire*: « Je me suis livré à de nombreuses observations et il me semble que les gens absorbant beaucoup de graisses sont indemnes de carie, mais pas autant qu'on pourrait le croire si l'on considère la graisse comme n'ayant aucune action sur les dents. Cette absence de carie ne peut pas s'expliquer non plus par le fait que ces gens consomment relativement moins d'hydrocarbures. »

9^e Le nettoyage automatique au point de vue de l'immunité contre la carie.

Les dentures présentent des différences marquées au point de vue de l'efficacité du nettoyage automatique. Dans les unes, les couronnes des dents sont si bien conformées et si parfaitement rangées qu'il est difficile aux détritus alimentaires de se loger tant que les espaces interdentaires sont en bon état. Dans d'autres, on rencontre des détritus alimentaires entre les dents de tous les côtés. Cette circonstance a une grande importance quant à l'origine et à la marche de la carie. Les endroits où se logent d'habitude des débris qu'il est difficile d'enlever sont favorables à la carie. Par exemple, si une prémolaire est située de manière à former avec les dents contigües un espace triangulaire, bientôt les trois dents seront atteintes de carie. De même lorsque, dans la vieillesse, les gencives se contractent et que les dents retiennent facilement les aliments, on constate des caries très étendues — caries séniles — en des points où pendant cinquante ou soixante ans on n'en avait jamais remarqué.

1. Cette figure est reproduite, planche I, n° du 15 janvier 1905.

PLANCHE II.

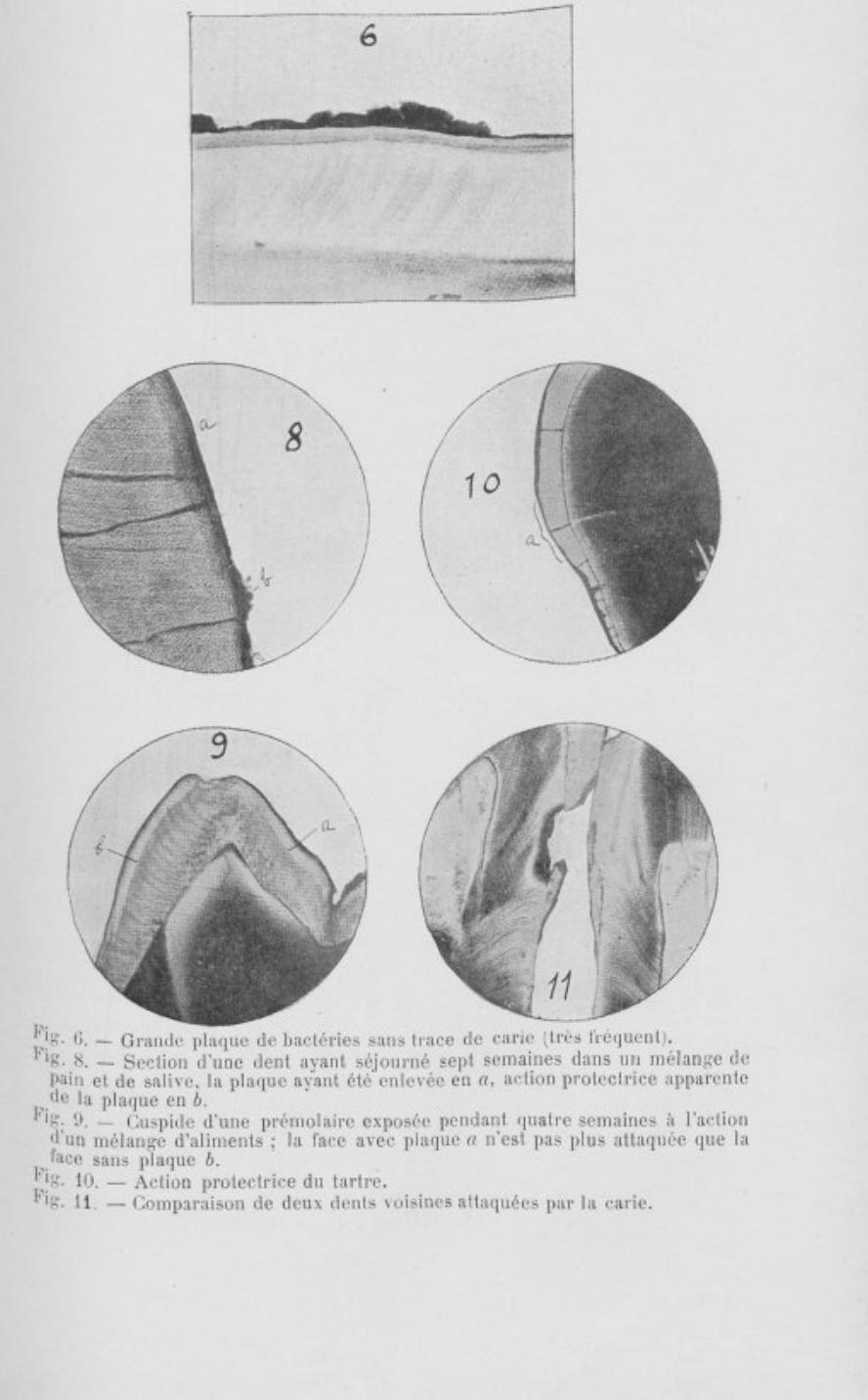


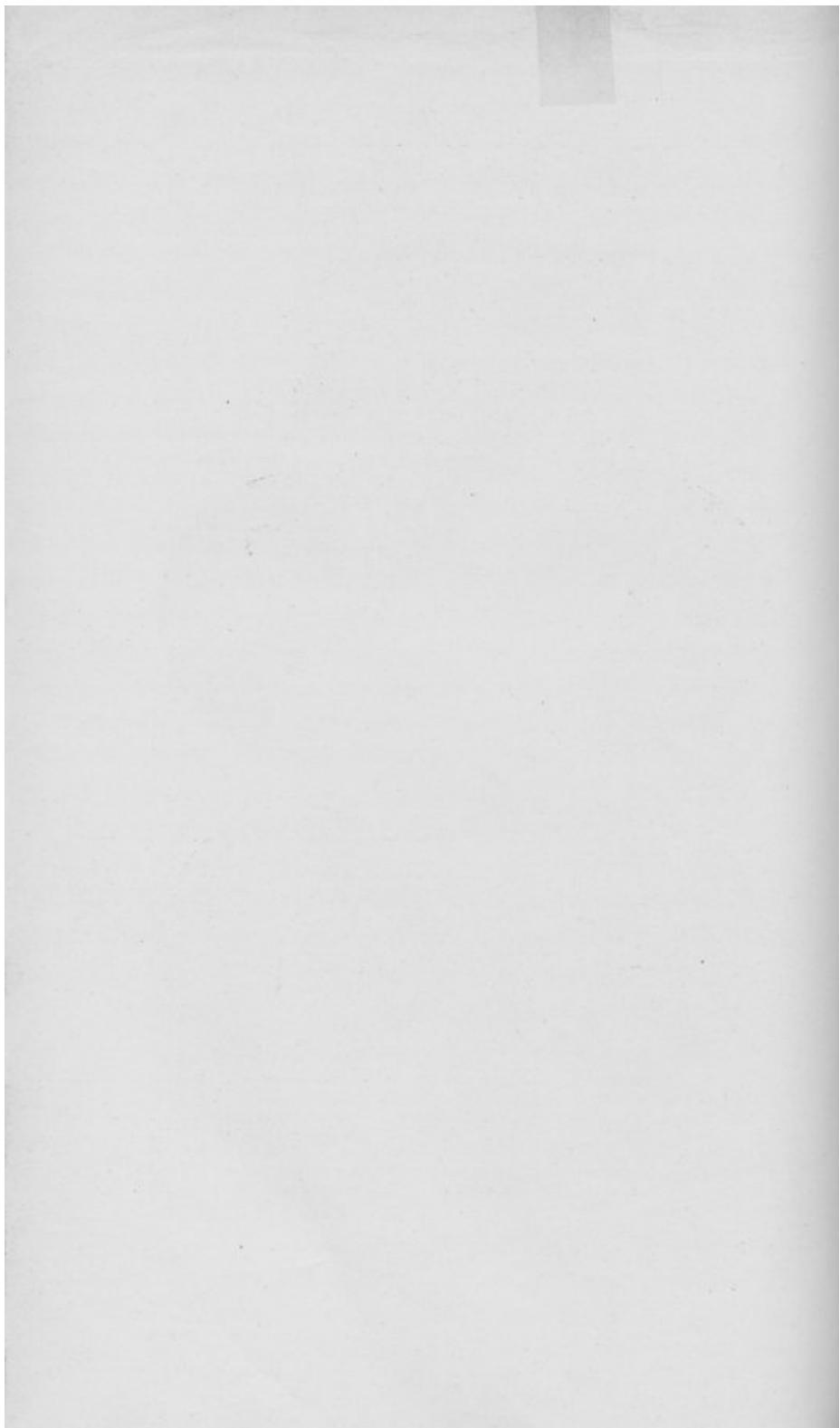
Fig. 6. — Grande plaque de bactéries sans trace de carie (très fréquent).

Fig. 8. — Section d'une dent ayant séjourné sept semaines dans un mélange de pain et de salive, la plaque ayant été enlevée en *a*, action protectrice apparente de la plaque en *b*.

Fig. 9. — Caspide d'une prémolaire exposée pendant quatre semaines à l'action d'un mélange d'aliments ; la face avec plaque *a* n'est pas plus attaquée que la face sans plaque *b*.

Fig. 10. — Action protectrice du tarstre.

Fig. 11. — Comparaison de deux dents voisines attaquées par la carie.



Dans tous les cas d'immunité contre la carie que j'ai observés depuis plusieurs mois j'ai trouvé des dentures ne présentant que peu de tendance à retenir les débris alimentaires. Les dents inférieures (incisives et canines) sont généralement indemnes de carie par suite de la difficulté qu'éprouvent les aliments à séjournner entre elles ; mais si les aliments parviennent à s'y loger — cela s'observe dans la vieillesse, quand les gencives se rétractent — ces dents se carient tout aussi facilement que les autres.

10^e Action antiseptique de la salive.

Ce point a été étudié très longuement dans le *Dental Cosmos* en 1903. Les expériences multiples qui y sont rapportées établissent d'une manière définitive que ni les liquides buccaux pris dans leur ensemble ni leurs éléments constitutifs séparés (mucus, sulfocyanure de potassium, etc.), n'ont le pouvoir d'arrêter ou de retarder l'évolution des bactéries.

On ne trouve dans la salive ni des composés antiseptiques chimiquement simples en assez grande quantité pour avoir une action microbicide ni des corps plus subtils et protecteurs. En d'autres termes, les corps protecteurs du sérum sanguin normal ne passent pas dans la salive en quantité suffisante pour être découverts par les moyens ordinaires.

11^e Action des plaques de bactéries.

Ce point a été discuté dans le *Dental Cosmos* de 1902, p. 3425 et l'on est arrivé à cette conclusion que les plaques de bactéries ne sont essentielles ni au début ni à la marche de la carie et que leur présence n'amène pas nécessairement la carie. Elles peuvent augmenter le processus de la décomposition des débris d'aliments se trouvant sur les surfaces des dents. Rien n'est plus facile que de trouver des plaques denses sans trace de carie (V. pl. II, fig. 6).

Tout dernièrement j'ai fait les expériences suivantes. J'ai enlevé, avec un morceau de bois pointu trempé dans de la poudre dentifrice, à des dents à surfaces saines fraîchement extraites une partie de la plaque sur un espace d'environ 2 mm. Ces dents furent ensuite placées dans un petit vase en verre, couvertes de pain, ou de pain et de viande finement coupés, et mises dans l'autoclave. Le mélange fut journalièrement changé et les dents furent lavées dans l'eau pure. Je raisonnai ainsi : si la plaque *attirait* l'acide à la surface de la dent, la portion dénudée, c'est-à-dire où la plaque était enlevée, serait moins atteinte que la partie de la dent encore couverte de la plaque. Mais cela ne se produisit pas, ainsi qu'on peut le voir figure 8, planche II.

Dans ce cas la plaque protégea la dent. Le mélange pain-salive fut laissé pendant quatre semaines sans être renouvelé et, à la fin, les bactéries de la plaque furent détruites par l'acide.

L'expérience fut renouvelée, le mélange changé toutes les vingt-quatre heures, la surface *recouverte* par la plaque ne souffrit pas plus de l'action de l'acide que la surface découverte.

On peut voir dans la figure 9 (Planche II) la cuspide de la prémolaire

sans plaque sur la face buccale *b*, mais avec une plaque épaisse sur la face *a*. Cette dent fut exposée durant quatre semaines à l'action du mélange alimentaire changé journalièrement et la face *b* fut aussi décalifiée que la face *a*.

Nous ne pouvons pas être certains que les plaques conservent leur activité normale dans ces mélanges d'aliments. Je suis cependant convaincu que, lorsque les aliments se logent entre deux dents et qu'il y a fermentation, l'acide produit attaque aussi facilement la dent avec plaque que la dent sans plaque.

12^e Nombre et genre des bactéries dans des bouches différentes.

La détermination du nombre et du genre des bactéries dans les différentes bouches est un des problèmes les plus difficiles qui se posent au bactériologue et un grand nombre d'expériences sont nécessaires pour écarter les multiples causes d'erreurs. Une des plus grandes difficultés consiste dans ce que beaucoup de bactéries buccales ne peuvent être cultivées en colonies isolées sur nos milieux de culture artificiels. Comme je n'ai pu terminer mes recherches à cet égard, je réserve ma conclusion sur ce point pour une date ultérieure.

13^e Le processus de la fermentation est-il le même dans les différentes bouches ?

Un débris alimentaire logé entre les dents de A suit-il le même processus qu'un débris logé entre les dents correspondantes de B ? La solution de cette question nous permet de laisser de côté pour le moment la question 12. Ce n'est pas la présence d'un certain genre de bactéries en nombre indéterminé dans la bouche, mais l'*action d'ensemble* de la flore totale de la bouche, qui détermine l'extension de la carie. Le résultat de mes nombreuses expériences, publié dans le *Dental Cosmos* de 1903, p. 689, peut se résumer ainsi :

« La salive des personnes indemnes de carie développe en présence d'hydrocarbones, dans la bouche et en dehors d'elle, un peu moins d'acide que celle des personnes très susceptibles de carie. Cependant la différence n'est pas constante et ne pourrait expliquer la différence très marquée dans le degré de susceptibilité. »

14^e Action protectrice du tartre.

Les dépôts de tartre protègent les faces recouvertes, c'est là un fait reconnu. A titre d'expérience j'ai plongé une dent présentant un dépôt de tartre au point *a* (Pl. II, fig. 10) dans une solution à 1 0/0 d'acide lactique. La surface fut protégée jusqu'à ce que le tartre fut dissous ; alors l'acide attaqua l'émail.

Nous voyons donc qu'un grand nombre d'éléments agissent constamment dans la bouche, quelques-uns favorisent directement ou indirectement la production de la carie, d'autres agissent en sens contraire, d'autres encore n'ont aucune action sur les dents.

Quelques-uns de ces facteurs, comme ceux qui constituent le caractère des aliments, ont une influence prédominante. L'usage de substances albuminoïdes, à l'exclusion des hydrocarbones ou vice versa,

explique d'une manière satisfaisante qu'une race (celle des Esquimaux) peut être indemne de carie et qu'une autre, au contraire, en souffre à un degré extrême.

De même, une cessation totale ou presque totale de la sécrétion salivaire sera sûrement suivie d'une exagération marquée de la tendance à la carie.

Nous concevons aussi que sur deux individus ayant des dents douées du même pouvoir de résistance et vivant dans les conditions variables de la vie moderne, celui *chez lequel on observera tous les facteurs partiels qui tendent à la production de la carie* souffrira beaucoup, tandis que l'autre qui ne présente pas ces facteurs sera indemne. Mais il est rare de trouver dans une bouche tous les facteurs prédisposant à la carie et nous pensons que dans les dents elles-mêmes nous devons trouver la solution de ce phénomène.

Il est vrai que nous avons parlé de *dents molles* et de *dents dures* comme synonymes de *susceptibilité* et de *non-susceptibilité* à la carie ; mais le bien-fondé de cette manière de voir n'a jamais été établi d'une façon absolument *certaine* et indiscutable.

Actuellement on compte deux opinions différentes : l'une, soutenue principalement par G. V. Black, qui se résume ainsi (*Dental Cosmos*, 1895, p. 447) : « L'examen de la densité et du pourcentage des sels calcaires et de la force des dents démontre qu'aucun de ces trois éléments n'est un facteur prédisposant à la carie ou en arrêtant la marche. »

J'ai cependant rappelé maintes fois que ce n'est pas seulement le pourcentage des sels calcaires dans une dent, mais que c'est surtout la stabilité du composé formé par ces sels avec la matière organique de la dent qui joue un rôle à cet égard. L'action d'un acide sur un corps ne dépend pas du pourcentage de sels calcaires que ce dernier contient, mais bien de la stabilité de l'*ensemble*.

Un morceau de tartre peut contenir plus de sels calcaires qu'un morceau de dentine et cependant il sera plus vite décalcifié. Malheureusement nos connaissances sur la nature des combinaisons trouvées dans les dents et les os sont très incomplètes. Il est concevable théoriquement que deux dents puissent contenir exactement le même pourcentage de sels calcaires et cependant posséder différents degrés de stabilité chimique.

La seconde opinion est professée par la grande majorité des dentistes : les dents dures ou molles sont attaquées par la carie à des degrés différents. Elle a été adoptée dernièrement par Röse et Förberg, qui ont essayé de démontrer par des statistiques que les habitants des pays où le sol et l'eau potable contiennent beaucoup de chaux ont des dents plus dures et mieux calcifiées et ont moins de caries que les habitants des pays pauvres en chaux. Il me semble que cette question devrait être tranchée d'une manière définitive et que l'on devrait connaître par expérience si les dents jaunâtres (ou *dures*) offrent plus ou moins de résistance à l'action des acides que les dents bleu-blanc ou gris-bleu (ou *molles*). Dans la figure 11 (pl. II) nous voyons comment deux dents voisines sont attaquées d'une manière inégale. Il est fréquent de trouver une prémolaire cariée au troisième degré, tandis

que sa voisine n'a qu'une tache. Ce phénomène est difficile à expliquer à moins que nous n'admettions que les dents ont des pouvoirs de résistance différents.

En faisant des expériences à ce sujet j'ai pris de la dentine de différents genres et représentant les extrêmes en ce qui concerne la densité et la quantité de sels calcaires, et j'ai trouvé les chiffres suivants :

	Densité spécifique.	Sels calcaires.	Temps demandé pour la décalcification.
Ivoire mou.....	1.76	61.2	65 heures.
Ivoire dur.....	1.84	63.4	96 heures.
Morse	1.92	66.8	130 heures.
Baleine.....	2.08	72.7	336 heures.

Nous voyons une grande différence correspondant à la densité et aux quantités de sels calcaires.

La question se pose donc de savoir s'il existe des différences semblables entre les dentines de diverses dents, ou bien si pour la dentine humaine de dents différentes il y a des différences si sensibles, surtout en ce qui concerne les dents *molles* ou *dures*. Il est difficile de se procurer les matériaux nécessaires aux expériences.

J'ai choisi, à titre de comparaison, des dents provenant de dentures absolument saines et sans carie et des dents saines provenant de dentures imparfaites et atteintes de caries, sans tenir compte que les dents d'une seule et même denture peuvent montrer des différences comparativement très grandes tant au point de vue de la structure qu'au point de vue de la composition, et que les dents isolées qui restent, après que toutes les autres sont parties, restent simplement à cause de leur constitution meilleure. Dans les expériences suivantes, j'ai choisi des dents du type jaune et fortes en les comparant avec des dents bleu-blanc ou blanchâtres déjà un peu cariées. Pour réaliser les expériences dans un milieu se rapprochant le plus possible du milieu buccal, j'ai laissé de côté les acides forts et me suis servi d'acides de la force de ceux qui sont formés par la fermentation des mélanges variés d'aliments et de salive.

(A suivre.)

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ D'ODONTOLOGIE DE PARIS

Séance du 25 novembre 1904.

Avant de procéder à l'installation du nouveau président, M. Loup annonce à la société le décès de M. Poinsot, ancien président de la Société d'Odontologie. En termes émus, il rappelle les longs services rendus à la profession par M. Poinsot, la vie toute de travail et de labeur de celui qui durant de longues années se dévoua tout entier aux intérêts de la profession. Il propose à l'assemblée de lever la séance en signe de deuil. La séance est suspendue.

Elle est reprise une demi-heure après.

Le secrétaire général donne lecture de lettres de MM. Godon, Sautier, Touvet-Fanton qui s'excusent de ne pouvoir assister à la séance.

M. Loup prononce l'allocution ci-dessous.

I. — ALLOCUTION DE M. LOUP,

Président de l'année 1903-1904.

Messieurs et chers confrères,

Lorsque vous me fites le grand honneur de me confier le poste si envié de président de la Société d'Odontologie de Paris, je fus rempli de crainte en pensant que j'étais appelé à présider la distribution de vos travaux ; j'espérai en même temps, ce ne fut pas en vain, que des études s'ajouteraient aux communications déjà présentées.

En revoyant cette année écoulée, je contemple une saison superbe, résultat d'un travail considérable de la part des membres de cette Société, qui a, plus que jamais, le droit d'être orgueilleuse.

Il ne m'appartient pas d'en faire ni l'analyse ni la répar-

tition après le rapport de votre secrétaire général qui ne m'a même pas laissé les éloges nécessaires à chacun, tant il a voulu être complet, parfait, bienveillant, sans cesser d'être juste pour tous.

Je ne saurais cependant que l'en féliciter, parce que, mieux que moi, il s'est acquitté d'une tâche au-dessus de mes forces qui se bornent à l'approuver sans réserves et à remercier bien vivement tous ceux qui nous ont apporté le fruit de leurs études.

Mais ne faut-il pas que j'adresse une mention toute spéciale à M. Friteau qui fut un peu oublié dans son propre rapport et qui, à la grosse besogne que nous lui donnons, a pu ajouter des études sur le chloroforme et une apologie de l'anesthésie générale par rapport à l'anesthésie locale?

Une première fois, avec une saisissante netteté, il nous a fait comprendre, après l'avoir implantée à l'Ecole, les avantages de la méthode des gouttes dans le sommeil par le chloroforme; une deuxième fois, dans une magistrale étude, il nous a défini les bienfaits de l'anesthésie générale en des termes dont l'éloquence ne fut pas sans nous ébranler fortement, nous qui sommes partisans convaincus de l'anesthésie locale. Il remua avec une habileté si puissante les arguments en faveur de sa thèse que beaucoup furent gagnés à sa cause, et que moi-même je ne puis cesser de l'applaudir, si je n'ai pu me rendre.

Les travaux tant théoriques que pratiques ont été nombreux cette année, ils ont été aussi heureux dans leur conception que dans leur portée, c'est une fière liste à ajouter aux autres qui nous montre, à nous-mêmes, l'étendue collective de nos connaissances, qui montre à d'autres que nos études sont égales et parfois supérieures aux leurs, qui peut montrer aux pouvoirs publics que nous sommes vraiment mûrs pour la distinction, pour le grade que nous demandons, pour la réalisation enfin de tous nos vœux.

Félicitons-nous après avoir félicité tous nos membres du concours qu'ils nous ont apporté, car devant un tel étalage de communications, notre profession apparaît plus vaste,

plus belle, plus digne de la lutte sociale que nous soutenons. Les ressources sont grandes de cet art si longtemps délaissé, méconnu ; que ce soit au point de vue médical, chirurgical, ou au point de vue prothétique des restaurations bucco-faciales, bucco-dentaires, nous sommes presque les maîtres de la vie, car nous laissons ou rétablissons l'esthétique sans laquelle, pour un opéré, la vie ne vaut pas d'être vécue.

Et qui, mieux que nous, sait cela, si ce n'est votre nouveau président qui a dirigé et porté tous ses efforts dans cette science qui a pour but de rendre supportable à de pauvres mutilés une vie qui, déjà, trop souvent nous choque par l'inégalité physique ou psychique de notre pauvre humanité ? Qui, mieux que lui, connaît les ressources de cet art dont il est un maître incontesté et justement honoré, grâce auquel bien des jeunes gens ont pu acquérir la plus belle des dents : cette belle parure qu'est une dentition bien rangée ?

Messieurs, si l'usage n'existe pas des adieux du président sortant, je l'eusse fait naître, tant je suis rempli de reconnaissance pour l'honneur que vous m'avez fait, pour la bienveillance que vous m'avez témoignée.

Je souhaite à mon excellent ami et successeur Delair, non seulement une année fertile en toutes sortes de travaux concernant notre profession, mais je souhaite surtout qu'il attire les travaux de prothèse et de dentisterie opératoire qui sont, à n'en pas douter, et malgré nos idées évolutives, la base de notre profession.

Puis-je dire adieu, en terminant, aux membres du bureau MM. Delair, Touvet-Fanton, Friteau et Blatter qui ont poussé l'amabilité jusqu'à faire toute la besogne avec le charme et la bonne grâce les plus exquis, ne me laissant, comme à un être très frêle, que la saveur des choses bien mûries ? Non, je leur dis seulement, car je sais les revoir, le merci d'une profonde sympathie qui m'unît à eux, en souhaitant à mon successeur le même cadeau que les électeurs me firent l'an passé.

Après cette lecture, saluée par d'unanimés applaudissements, M. Loup cède le fauteuil de la présidence à M. Delair qui donne lecture de l'allocution ci-dessous :

II. — ALLOCUTION DE M. DELAIR,

Président de l'année 1904-1905.

Messieurs et chers collègues,

Au moment de prendre place au fauteuil de la présidence, je ne puis me défendre d'un moment d'émotion vraie et de gratitude vis-à-vis de tous ceux qui m'ont apporté leurs suffrages. L'honneur que vous m'avez fait en me conviant à diriger vos débats, la marque d'estime que vous m'avez donnée, m'ont touché profondément. Ce n'est pas un plaisir, ce n'est pas une joie passagère qu'il éprouve, lorsque, à la fin d'une carrière de travail et de labeur continuels, l'ouvrier de la première heure reçoit le salaire de ses recherches et de ses peines, le salaire le plus désirable, parce que le plus noble, la confiance de tous ses collègues. Permettez-moi ce soir de vous adresser les remerciements les plus sincères : je ne faiblirai pas devant la tâche et le devoir périlleux que vous m'avez imposés : je continuerai à mener à vos côtés le bon combat pour la cause qui nous est chère à tous ici, celle des odontologistes.

Vous auriez pu choisir un plus digne que moi du poste de président de la Société d'Odontologie : vous auriez pu porter vos voix sur un de ces esprits scientifiques que notre groupement est fier de compter parmi ses membres. A coup sûr, je puis le dire sans forfanterie, vous n'auriez pas trouvé un homme plus dévoué à notre société, plus adonné aux idées que nous défendons tous ici et que nous nous sommes engagés à faire triompher dans une lutte pénible et féconde. Je suivrai pendant le cours de cette année les saines traditions que nous ont léguées mes prédécesseurs à ce fauteuil ; et ici, j'adresse un hommage tout particulier à notre

cher président sortant, M. Loup, dont nous avons tous su apprécier la science et les services.

Nous l'avons vu, dirigeant les discussions les plus difficiles avec un art et un tact, que nous avons tous appréciés ; nous avons tous admiré l'impartialité absolue avec laquelle il a dirigé nos débats, l'esprit conciliant avec lequel il est intervenu dans nos discussions, guidant de son jugement sûr et de sa science consommée les controverses les plus ardues et aussi les plus fécondes, pour l'art dentaire en général, pour l'enseignement de tous en particulier : je suis heureux de lui apporter ici, en mon nom personnel, et au nom de la Société d'Odontologie tout entière nos remerciements et l'hommage de notre reconnaissance. Et, attribuant le même témoignage d'estime à tous ceux qui, l'an dernier, constituaient le bureau, je remercie également ceux qui furent les collaborateurs assidus de notre président ; tout particulièrement je félicite notre cher secrétaire général, M. Friteau, dont le dévouement inlassable a toujours été d'un précieux concours ; cette année encore, il est des nôtres et je suis sûr de trouver en lui un auxiliaire précieux ; je le remercie, au nom de la société, des services passés et je suis fort pour l'avenir de l'appui que me donnera son activité infatigable dans l'accomplissement de la tâche que vous m'avez confiée.

Car cette tâche est lourde, messieurs ! et je me suis demandé depuis mon élection pourquoi vous m'aviez choisi pour en assumer le poids de préférence à tant d'autres, qui à des titres divers mériteraient au moins autant que moi de la supporter.

Auriez-vous désiré reconnaître de cette façon les efforts continuels que j'ai faits pour porter en avant la profession dentaire, faire admettre par tous son individualité et la placer sur le même rang que les sciences connexes ? Je vous rappelais la lutte que nous avons tous menée et le résultat que nous avions obtenu en faisant transformer, au Congrès de Grenoble en 1904, notre sous-section en Section d'Odontologie à l'Association française pour l'avancement des sciences.

Certes, j'ai pris une part active à la conquête de cette juste prérogative : mais ils ont été nombreux ceux qui ont combattu et qui eussent par là été dignes de s'asseoir dans ce fauteuil.

Non, messieurs, je crois bien plutôt que vous avez voulu, en me plaçant à la tête de cette Société, saluer en moi le prothésiste passionné que j'ai toujours été. Je représente ici le côté artistique de notre profession. La dentisterie, en effet, n'est-elle pas double dans son évolution : à côté de la science qui préside à ses applications, science médicale, paramédicale plutôt, il y a l'art, et l'art constitue en réalité la plus grande partie de la profession dentaire. Le travail manuel fait le dentiste ; c'est le travail artistique qui donne à notre profession cette individualité dont je parlais tout à l'heure, c'est ce point qui lui permet de se développer seule, à côté des autres sciences, et c'est sur cette question que l'odontologiste devra toujours être opposé au stomatologue, que le dentiste, qui doit faire surtout de l'art véritable, se dressera toujours en face du médecin, épris certes de science, mais dédaigneux presque toujours de la prothèse.

La prothèse, cet art si vraiment français, ne joue pas en effet dans la profession dentaire le rôle qu'elle doit y tenir en réalité. Ceux-là qui veulent la séparer de la science dentaire et la reléguer au laboratoire ne s'imaginent pas qu'ils ne peuvent toucher à une dent, la soigner, sans faire intervenir dans leur traitement des manœuvres prothétiques. La meilleure preuve que je puisse fournir de ce que j'avance, c'est la difficulté que nous éprouvons tous à déterminer exactement les limites de ces deux parties inseparables de l'art dentaire, dentisterie opératoire et prothèse. Sans doute à première vue, un haussement d'épaules pourra accueillir la parole osant avancer qu'il n'y a entre une obturation et un appareil complet destiné à suppléer les dents absentes qu'une différence de nuance ; mais en réalité, est-ce que le bridge, généralement considéré comme une œuvre relevant de la dentisterie opératoire, n'est pas

un appareil de prothèse conçu sur un plan différent des autres ? Et sans aller si loin, la simple dent à pivot n'est-elle pas elle aussi un appareil prothétique ? La couronne n'est-elle pas destinée à suppléer, à remplacer un organe ou une partie d'organe malade ou disparu ? Et alors l'obturation simple, comme l'obturation au ciment ou à l'amalgame, ne doivent-elles pas être rangées parmi les travaux relevant indirectement de la prothèse ? Et s'il s'agit surtout de l'aufification, ne devons-nous pas très sincèrement reconnaître combien elle relève uniquement de l'art ? Que de reconstitutions qui ne sont que des travaux d'art nécessitant une habileté manuelle que l'on n'acquiert pas en un jour et qui sont l'œuvre de l'expérience beaucoup plus que de la théorie !

Eh bien, messieurs, je crois que la prothèse née en France, passée en Amérique où nous l'avions portée, et revenue prendre son essor nouveau dans notre pays, je crois que la prothèse n'est pas encore arrivée à son apogée. Nous avons vu qu'elle seule fait le parfait dentiste, que le dentiste complet n'existe pas s'il n'est doublé d'un prothésiste consommé : nous allons voir maintenant que c'est la prothèse qui fera surtout la profession dentaire de l'avenir et qu'au milieu des conflits et des luttes que nous aurons encore à soutenir, c'est d'elle que nous devrons pouvoir nous glorifier et que c'est elle seule qui pourra nous porter à la victoire. En effet, si nous donnons aux mots toute leur signification, nous entendrons par prothèse la science dont l'objet est de remplacer une partie quelconque du corps humain par une pièce ou un appareil appropriés : c'est ainsi que le domaine du dentiste va s'étendre à l'infini et que l'art du prothésiste va se placer sur le même rang que la science de guérir. Nous ne voyons plus maintenant après les opérations ces brèches affreuses, ces mutilations horribles que portaient les malheureux rejetés dans le torrent de la vie à la suite d'interventions chirurgicales nécessaires. Nous réparons, nous redressons, nous rendons la mastication et la parole possibles à ceux qui les ont perdues.

Partout où le chirurgien porte son couteau nous reconstruisons et nous remplaçons.

Or, il n'y a aucune espèce de différence entre la prothèse des membres ou des organes et la prothèse de la bouche. Les éléments, la technique sont les mêmes. Rien de ce qui entre, idées ou matière, dans la constitution d'un voile du palais, par exemple, ne diffère de ce qui viendra former l'appareil que nous construisons en vue de la mastication ou de l'esthétique.

Une connaissance approfondie de l'anatomie, de la physiologie est seule nécessaire à la construction d'un appareil, de même que, pour faire une œuvre d'art, le peintre ou le sculpteur doivent connaître l'anatomie des formes, la physiologie du mouvement et des attitudes.

La prothèse est sortie tout entière du laboratoire du dentiste, elle doit y rester et le dentiste qui néglige cette partie de son art a tort parce qu'il méconnaît ainsi ses origines, parce qu'il trahit aussi la profession dentaire.

Qu'il me soit permis, en terminant cette allocution déjà trop longue, d'espérer que parmi nous il n'en est pas un qui néglige cet art que vous avez voulu faire que je représente ici. En m'appelant à diriger vos réunions vous avez voulu que votre président fût un véritable dentiste, un prothésiste. C'est pour moi une grande satisfaction de voir aujourd'hui que cet art, auquel j'ai consacré plus de trente années de ma vie, et auquel je donnerai de plus en plus mon concours et tous mes efforts, soit arrivé à être un de vos soucis constants. Et, pour que mon œuvre à la tête de cette société soit bonne, je demande, je souhaite que cette année soit fertile en communications sur la prothèse. L'année dernière a vu, sous la présidence autorisée de M. Loup, se dérouler au sujet de l'anesthésie des discussions dont la haute portée scientifique a jeté sur la Société d'Odontologie un éclat tout particulier. Je voudrais que, cette année, de semblables luttes courtoises sur la prothèse, vinssent à jour au sein de notre Société. Je m'emploierai à les faire naître de toutes parts, à les développer et aussi à encourager

les jeunes : la société qui m'a librement élu peut compter sur mon dévouement et je serai fier si, en jetant dans un an un regard sur les douze mois écoulés, je constate que sous ma présidence l'art dentaire a fait encore un pas en avant en s'étendant et se développant du côté de la prothèse.

III. — INFLUENCE DU TERRAIN DANS LA SYMPTOMATOLOGIE DE LA CARIE DENTAIRE, PAR M. FREY.

Cette communication a été publiée dans le journal, n° du 30 décembre 1904, page 713.

M. Delair remercie M. Frey de sa très intéressante communication et il le félicite vivement de consacrer avec tant d'intérêt toute son attention sur ce point si important de la pathologie spéciale.

M. Frey ajoute l'observation suivante :

Au mois de février dernier une dame vint me trouver pour une carie superficielle d'une incisive latérale. Cette dame était atteinte d'un mal de Pott et son thorax était enserré dans un corset de plâtre. Je grattai légèrement cette carie et je l'obturai avec de la gutta.

Il y a quelques jours j'ai revu cette dame, son mal de Pott est guéri et j'ai constaté que l'ivoire qui, en février dernier, était ramolli au fond de la carie, était actuellement si dense et si dur que je n'ai pas cru nécessaire de faire une obturation.

Cette observation mérite de prendre suite après celles que contient mon travail.

IV. — PRÉSENTATION D'UNE NOUVELLE SUCCION, PAR M. BASSOT.

M. Bassot présente une nouvelle succion à bords métalliques.

V. — LA PROTHÈSE VÉLO-PALATINE, PAR M. DELAIR.

M. Delair donne lecture de sa communication qui est publiée dans ce numéro du journal page 143.

M. Frey remercie très chaleureusement M. Delair, qui n'est pas seulement un praticien agissant lorsque le chirurgien ne peut pas intervenir, mais qui est encore l'auxiliaire du chirurgien lorsque celui-ci a fait ce qu'il a pu.

*Le Secrétaire général,
E. FRITEAU.*

Séance du mois de décembre 1904.

Cette séance a coïncidé avec la réunion professionnelle organisée par la F. D. N., l'Ecole dentaire de Paris, l'Association générale des dentistes de France, la Société d'Odontologie, et la Section d'Odontologie de l'Association française pour l'avancement des sciences. Elle a été consacrée à l'audition des rapports de MM. Godon, Sauvez, Platschick et de moi-même, dont nous avons donné le compte rendu analytique dans le numéro du 15 janvier 1904, page 33.

*Le Secrétaire général,
E. FRITEAU.*

Revue des Sociétés savantes

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

18 janvier 1905.

Appareil à chloroformisation.
— *M. Ricard* présente un appareil à chloroformisation de son invention, destiné à administrer le chloroforme mélangé d'air dans des proportions variables au gré de l'opérateur, et qu'il est facile de régler grâce à un dispositif des plus simples.

Dans plus de 200 cas où il a déjà employé cet appareil, *M. Ricard* en a retiré les plus grands bénéfices, tant au point de vue de l'économie de chloroforme (il n'a pas dépassé 30 centimètres cubes pour les plus longues interventions, ayant duré jusqu'à une heure et demie; en moyenne, il n'a jamais dépassé 10 cent. cubes pour une opération d'une demi-heure), qu'au point de vue de la régularité et de la tranquillité de la narcose. Un fait tout à fait remarquable, c'est l'absence de toute période d'excitation avant, et de tout vomissement pendant et souvent aussi après l'anesthésie, fait qui est dû à ce que, avec l'appareil précédent, il est possible de n'administrer que très insensiblement de l'air de plus en plus saturé de vapeurs chloroformiques.

M. Reynier félicite d'autant plus *M. Ricard* de l'idée de son appareil qu'il en a lui-même imaginé un semblable, plus simple encore, qu'il se propose d'ailleurs de présenter à la Société dans la prochaine séance.

M. Jalaguier a eu l'occasion d'utiliser l'appareil de *Ricard*: il a été frappé de la faible quantité de chloroforme nécessaire pour obtenir l'anesthésie et de la régularité de cette anesthésie, sans période d'excitation et sans vomissements.

M. Broca demande si l'appareil est

utilisable pour les tout petits enfants, pour ceux qu'il faut endormir brutalement, à la manière de *Saint-Germain*.

M. Ricard répond que rien n'est plus facile: il suffit de régler d'abord l'appareil pour ne donner que des vapeurs de chloroforme pur, puis de faire rapidement « machine en arrière », de façon à ne plus donner que de l'air pur ou à peine mélangé de chloroforme.

M. Quénau, qui continue à employer l'appareil de *Roth-Dräger* pour l'anesthésie chloroformique, déclare qu'avec cet appareil il use moins de chloroforme encore que *M. Ricard*. L'anesthésie est tout aussi parfaite et tranquille, sans période d'excitation et sans vomissements. Il a semblé cependant à *M. Quénau* que les malades se réveillaient moins vite qu'après l'emploi du vieux procédé de la compresse.

MM. Delbet et Championnière, qui emploient également l'appareil de *Roth-Dräger*, ne partagent pas la dernière remarque de *M. Quénau*, car ils ont observé juste l'inverse: les malades leur ont paru toujours se réveiller beaucoup plus vite qu'avec le procédé de la compresse.

25 janvier 1905.

Sur les appareils à chloroformisation. — *M. Quénau*, depuis le mois d'octobre se sert de l'appareil de *Roth-Dräger* qui a été présenté à la Société dans le courant de l'été dernier, par *M. Kirmisson* et par *M. Delbet*. Il l'a employé actuellement dans une centaine de cas et il en a retiré la plus grande satisfaction.

Les principaux avantages que *M. Quénau* reconnaît à cet appareil sont: le dosage exact et l'économie considé-

rable du chloroforme administré (il n'en a été utilisé, en moyenne, que 18 grammes par heure), la facilité et la rapidité avec laquelle s'endorment les malades, l'absence de toute période d'excitation au début, la marche régulière de l'anesthésie pendant toute la durée de l'opération, sans vomissements (ceux-ci n'ont été observés que deux fois). Peut-être le réveil se fait-il un peu plus lentement qu'avec le procédé de la compresse. Quant aux vomissements post-anesthésiques, on a continué à les observer dans un peu plus du tiers des cas.

M. Reynier, après avoir reproché à l'appareil de Vernon-Harcourt et à celui de Ricard, qui en dérive, les soupapes qui peuvent se coller, se détériorer et, partant, causer des accidents et qui, en outre, apportent une certaine gêne à l'expiration, présente un appareil qu'il a imaginé en collaboration avec M. Dupont et qui, tout en découlant du même principe que les précédents, a l'avantage de ne contenir dans son tube aspirateur aucune soupape. Un simple tube droit, plongeant dans le récipient à chloroforme, amène les vapeurs chloroformiques dans un tube horizontal par où passe le courant d'air de la respiration (trompe d'Alvergnat). Le mélange de vapeurs chloroformiques et d'air est conduit, au moyen d'un tube de caoutchouc, dans un masque également sans soupape qui s'applique exactement sur toute la figure du malade. Un dispositif de réglage très simple permet de varier à volonté la proportion de vapeurs chloroformiques contenue dans l'air inspiré. Enfin un thermomètre indique constamment la température du chloroforme qui, pendant toute la durée de l'anesthésie, doit rester entre 15° et 16°, si l'on veut que le pourcentage des vapeurs chloroformiques dans l'air inspiré reste toujours au chiffre réglé par l'opérateur (de 0 à 12 %).

Cet appareil à chloroformisation répond, d'après M. Reynier, aux qualités de l'appareil idéal qu'a formulées jadis Paul Bert: il est peu encombrant et d'un maniement facile; il permet de

doser exactement, mécaniquement le mélange de chloroforme et d'air; il n'a aucune soupape; il est disposé de telle sorte qu'aucun accident ne puisse introduire une dose de chloroforme trop forte.

Depuis le mois de juillet dernier, M. Reynier a fait avec cet appareil 125 chloroformisations qui, toutes, ont présenté les caractères communs suivants: absence d'excitation au début du sommeil anesthésique qui se fait d'une façon calme et paisible; sommeil tranquille, sans alertes, sans vomissements (ceux-ci n'ont été constatés que deux ou trois fois), accompagné d'une anesthésie parfaite; réveil rapide, sans agitation; vomissements post-anesthésiques exceptionnels et passagers.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE.

16 décembre 1904.

Epithélioma adamantin du maxillaire. — **M. Hardouin** (de Rennes) présente un cas d'épithéliome adamantin du maxillaire inférieur enlevé chez une jeune fille de vingt-quatre ans. Cet épithéliome avait nécessité une intervention il y a sept ans, et la guérison paraissait définitive lorsqu'une récidive dans la continuité du maxillaire vint rendre nécessaire une nouvelle opération.

Au point de vue histologique, la coupe montre bien qu'il s'agit d'un cas d'épithéliome adamantin typique. Les tubes épithéliaux que l'on rencontre au sein du tissu conjonctif peuvent tous se ramener à un type schématique caractérisé par:

a) Une couche cylindrique périphérique perpendiculaire au tissu fibreux avoisinant;

b) Une zone de cellules polyédriques formant une courbe concentrique à la première;

c) La portion centrale est tout entière remplie par de grosses cellules étoilées et anastomosées entre elles.

Cette néof ormation rappelle absolument le schéma de l'organe adamantin au moment où il vient de se développer.

On sait que ces tumeurs épithéliales dérivent des débris parodontaires décrits par Malassez à l'intérieur du maxillaire.

13 janvier 1905.

Cancer de la langue chez la femme. — M. Morestin communique trois cas d'épithéliome de la langue observés chez la femme. Dans deux de ces cas, il existait une syphilis avérée et de la leucoplasie. D'autre part, la marche de la lésion a été d'une façon générale assez lente.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HÔPITAUX

13 janvier 1905.

Angine de Vincent simulant un chancre syphilitique de l'amygdale. — M. Queyrat présente un malade chez lequel on voit une ulcération amygdalienne qui simule tout à fait un chancre syphilitique. L'examen bactériologique montre qu'il s'agit en réalité d'une angine de Vincent.

SOCIÉTÉ GÉNÉRALE DE MÉDECINE DE COLOGNE.

24 octobre 1904.

Contribution à la cure radicale des sinusites frontales et maxillaires suppurées. — M. DREESMANN présente quatre malades qu'il a opérés de *sinusite frontale suppurée chronique* par la méthode de Killian. Dans trois cas les lésions étaient bilatérales; dans un seul cas il n'y avait qu'un sinus de pris. Dans tous, la suppuration datait de plusieurs années; néanmoins chez tous les malades, la guérison fut radicale, avec un résultat esthétique parfait. A ce dernier point de vue, M. Dreesmann insiste sur l'avantage qu'il y a à n'exécuter l'incision courbe interne et inférieure, le long de la racine du nez et de la branche montante du maxillaire, qu'en cas d'absolue nécessité, c'est-à-dire quand il est impossi-

sible d'enlever par la seule voie sus-orbitaire tout le plancher de l'orbite et, que, au cours de l'opération, on a reconnu la nécessité de supprimer également les cellules ethmoïdales antérieures.

A côté de ces quatre malades opérés par le procédé de Killian, et formant un contraste frappant avec eux, M. Dreesmann en présente un cinquième qu'il a opéré par le procédé de Kubnt: chez celui-ci la rétraction cicatricielle a produit dans la région sus-orbitaire une dépression du plus vilain effet, mais qui toutefois, pense l'auteur, sera aisément réparable à l'aide d'injections de paraffine.

Enfin, pour terminer, M. Dreesmann a montré deux malades qu'il a opérés de *sinusite maxillaire suppurée chronique* par un procédé personnel qui est basé sur le même principe que celui de Killian pour la cure des sinusites frontales, c'est-à-dire qu'il a pour but de supprimer le plus possible de la paroi osseuse du sinus sans causer de déformation extérieure apparente. Dans ce procédé, le sinus maxillaire est attaqué par la fosse canine; on commence par réséquer toute sa paroi antérieure faciale, en ne laissant entre le maxillaire et l'os malaire qu'un étroit pont osseux d'un centimètre environ de largeur; puis on supprime à travers cette brèche toute la paroi latérale et toute la paroi postérieure du sinus.

Après s'être assuré à plusieurs reprises sur le cadavre de sa facilité d'exécution, M. Dreesmann a appliqué pour la première fois son procédé chez une malade qui souffrait depuis six ans d'une suppuration intarissable de l'antre d'Highmore: l'opération a parfaitement réussi et la malade a pu être présentée au dernier Congrès de Breslau — moins de quatre mois après — complètement guérie, sans la moindre défiguration.

Depuis, M. Dreesmann a pu appliquer son procédé une seconde fois, il y a quelques jours à peine, dans un cas très compliqué avec fistules, infiltration des téguments, nécrose du plancher orbitaire. Malgré ces complica-

tions il a été possible, sans difficultés particulières, de pratiquer la résection de toute la paroi osseuse latérale et postérieure du sinus maxillaire, ainsi que de la totalité du plancher de l'or-

bite nécrosé. Les suites de cette opération ont été simples et apyrétiques. Actuellement déjà, la suppuration ^{est} extraordinairement diminué.

REVUE ANALYTIQUE

A. Witzel, *La rétention des dents et son importance pratique.* (Oesterreichisch-ungarische Viertel-Jahrschrift für Zahnheilkunde, janvier 1904. *Odonto-Stomatologia*. Naples, juillet 1904, p. 205.)

Chez certains adultes le nombre des dents est inférieur à 32, soit par suite de l'atrophie de quelques germes, soit parce que des dents même entièrement développées ont été *retenues* à l'intérieur de la gencive.

L'atrophie du germe se constate en général pour les incisives latérales supérieures — particularité parfois héréditaire, — pour les dernières molaires et plus rarement les deuxièmes prémolaires inférieures.

De même le phénomène de rétention se constate le plus souvent pour les canines et les dernières molaires. Les causes en sont mal connues. Pour les canines supérieures et les deuxièmes prémolaires inférieures la rétention est généralement due au manque de place; pour les dernières molaires, elle semble dépendre de la position oblique et parfois horizontale de la couronne encore dépourvue de racines.

Toutes les dents ainsi retenues se développent complètement. Pour les dernières molaires inférieures, les racines croissent soit parallèlement à la langue, soit directement vers le canal maxillaire qu'elles compriment et parfois embrassent complètement.

Les canines supérieures retenues dans la mâchoire sont disposées obliquement entre les lamelles osseuses du palais, la couronne orientée vers la pointe du nez, la pointe de la couronne peut alors apparaître dans les fosses nasales. Si ces canines ont une position verticale, la racine peut arriver jusqu'à la cavité orbiculaire.

Il arrive que ces dents restent dans

l'intérieur des tissus jusqu'à un âge avancé et apparaissent quand l'individu a perdu la majeure partie de ses dents, ce qui explique les prétendus phénomènes de troisième dentition.

En général les dents ainsi retenues ne sont pas dououreuses à moins d'être contaminées par les autres dents. Il arrive aussi que, pendant le développement de leurs racines, elles donnent lieu à la formation d'un kyste pouvant provoquer une tumeur. Souvent encore ces racines, arrivant à proximité des nerfs et des vaisseaux que contient le canal dentaire, provoquent des névralgies qui cessent dès l'intervention chirurgicale. Dans ce cas et lorsqu'il s'agit d'une dent de sagesse, on doit craindre une forte hémorragie. Dans tous les cas, l'emploi de la radiographie s'impose pour déterminer la position de la dent. Lorsque les racines d'une dernière molaire compriment le canal dentaire, l'extraction brise les vaisseaux qu'il contient. Dans ce cas, d'après le Dr Witzel, les dents qui relèvent de ces vaisseaux restent privées de nourriture et il peut s'y produire de graves complications. Au contraire, d'après le Dr Römer, la circulation collatérale s'établit promptement et les dents intéressées continuent à être nourries.

A. Chiavaro, *Méthodes par voies sèche et humide pour affiner l'or.* (*Stomatologia*. Milan, décembre 1903, p. 166.)

Méthode par voie sèche. — Elle consiste à séparer l'or des autres rognures métalliques au moyen de la chaleur combinée à l'action de l'oxygène, du chlore, du soufre, ce qui les convertit en oxydes, chlorures ou sulfures facilement isolables.

Ces agents chimiques sont fournis

à haute température respectivement par l'azotate de potasse, le chlorure mercurique (sublimé corrosif) et le sulfure d'antimoine. Ces trois sels sont employés de préférence, parce qu'ils fournissent les éléments correspondants en plus grande abondance et avec le plus de facilité.

Pour refondre les rognures d'or pur, on ajoute un peu de borax et d'azotate de potasse. L'auteur a soin de faire bouillir au préalable l'or à fonder, dans de l'acide sulfurique, étendu d'une égale quantité d'eau de façon à décapier complètement le métal. On obtient ainsi de l'or malléable dès la première fusion. Si, en passant le lingot au laminoir, on y constate des fissures, on recommence la fonte.

Lorsqu'on a des limailles mêlées aux rognures d'or, on enlève les poussières d'acier ou de fer avec un fort aimant. Puis on fond le reste dans un creuset et on porte à très haute température de façon à oxyder les métaux basiques; on ajoute alors un à un les agents de purification précités. D'abord le borax, puis l'azotate de potasse. Ce dernier oxyde les métaux basiques qui sont alors précipités. On laisse un peu refroidir et l'on immerge le tout dans de l'acide sulfurique étendu, puis dans l'acide chlorhydrique étendu, puis on recommence la fonte jusqu'à ce que l'on obtienne de l'or pur et malléable.

Si l'on soupçonne la présence de l'étain ou du plomb, l'adjonction de sublimé corrosif donnera des chlorures de ces métaux, lesquels sont volatils à haute température et disparaîtront. Pour chasser l'argent on emploie le sulfure d'antimoine, on obtient des sulfures, et un alliage d'or et d'antimoine qui va au fond. On sépare par refroidissement. On refond l'alliage et on le fait traverser par un courant d'air qui enlève l'antimoine à l'état d'oxyde volatile à cette température. Après toutes ces opérations, le lingot n'est pas malléable et conserve une couleur sombre. On peut conclure qu'il reste du platine et il faut avoir recours à la méthode par voie humide.

Méthode par voie humide. — La mé-

thode par voie humide consiste à dissoudre les impuretés dans des acides tels que les acides sulfurique, azotique, nitro-muriatique, chlorhydrique.

L'auteur préconise le procédé suivant. L'or réduit en fragments très petits est dissous dans 4 fois son poids d'eau régale (3 d'acide chlorhydrique pour 1 d'acide azotique). On favorise la dissolution soit en agitant, soit en chauffant au bain-marie avec beaucoup de précautions pour éviter un dégagement brusque de chlore. S'il y a de l'argent il faut remuer sans relâche, car il se formerait à la surface du métal une couche de chlorure d'argent qui aurait pour effet de soustraire l'or à l'action du dissolvant. Quand la dissolution est finie, la liqueur a une coloration brune d'autant plus foncée qu'elle est plus riche en platine. On continue à chauffer au bain-marie pour faire évaporer ce qui reste d'acide azotique. On adjoint ensuite de l'acide chlorhydrique et un peu d'eau distillée. Alors le chlorure d'argent donne un précipité jaunâtre. On filtre jusqu'à ce qu'on ait de l'eau claire. Ce qui reste sur les filtres contient du chlorure d'argent et de plomb. On les sépare à l'eau bouillante, et on réduit le chlorure d'argent en le chauffant dans un creuset en graphite avec du carbonate de sodium.

Quant à la solution des divers chlorures d'or, de platine, etc... on la concentre au bain-marie, puis on précipite l'or à l'aide d'une solution saturée de protosulfate de fer préparée en dissolvant le protosulfate cristallisé dans de l'eau distillée, chaude. Si l'on veut extraire le platine restant après la précipitation de l'or, on chauffe la dissolution jusqu'à ce que la cristallisation commence, on ajoute alors un poids égal d'alcool, puis avec du chlorure d'ammoniaque on précipite le platine à l'état de chlorure jaune vif. On le filtre et on le lave à l'alcool chaud, puis on le chauffe doucement de façon à chasser le chlore et le chlorure d'ammoniaque. Il reste du platine spongieux qu'il faut fondre.

Enfin l'or qui avait été précipité par le protosulfate a été séché, lavé et

bouilli avec de l'acide chlorhydrique à plusieurs reprises pour faire disparaître toute trace de protosulfate.

On a l'or pur que l'on fond par les procédés connus.

Fasoli, G., *Histologie pathologique d'une dent de sagesse.* (*Stomatologia*. Milan, novembre 1904, p. 57.)

L'auteur publie le résultat de ses recherches sur une dent de sagesse dont l'extraction avait été exigée par le malade qui en souffrait depuis longtemps. Elle ne présentait aucune trace d'altération ; mais sur une coupe passant par les deux canaux radiculaires, on est frappé de l'obstruction complète de la chambre pulaire, occupée en grande partie par de la dentine secondaire de structure irrégulière ; cependant à la périphérie et sur les côtés des racines, se trouvent des restes de pulpe parfaitement saine et où l'on ne constate aucun foyer de nécrose.

Par places, la dentine nouvellement formée s'est soudée à celle de la couronne, elle est soudée aussi plus étroitement à la dentine des racines du côté interne, ce qui laisse à présumer que là est le point d'origine des tissus nouveaux. Ceux-ci ont une structure granuleuse en certains points et dessinent des canaux dans d'autres. Dans la pulpe sont des concrétions calcaires élaborées au cours de processus inflammatoires, et colorés en rouge sombre par l'hématoxyline.

Le fait caractéristique est la présence de foyers d'ossification. Le long du canal de la racine interne, l'ivoire est rodé en certains points et là, les éléments de la pulpe transformés en ostéoblastes ont déposé des stratifications de substance ostéoidé à cellules noires et ramifiées régulièrement disposées.

Ce fait atteste la multiple activité des éléments de la pulpe qui peuvent donner, suivant les circonstances, divers éléments pathologiques.

Dans le cas cité sont évidentes les caractéristiques d'une inflammation chronique; en particulier le ciment est, à la surface interne, recouvert d'une couche épaisse d'ostéoblastes, ce qui

signifie que le processus de dépôt est encore en cours.

Au centre de la paroi inférieure de la chambre pulaire apparaît un foyer de résorption qui s'étend jusqu'à l'ivoire.

Les tissus mous compris entre les racines sont en grande activité proliférante, on y voit des formations osseuses dont la structure montre qu'elles proviennent de la transformation directe des éléments connexes.

Cecconi, G., *L'extraction des dents et ses indications.* (*Stomatologia*. Milan, février 1904, p. 287.)

L'extraction des dents, qui autrefois s'imposait toujours, devient aujourd'hui relativement rare et, si avancée que soit la carie, s'il reste encore un morceau de la couronne, on reconstruit la dent au lieu de l'extraire.

On n'a recours à l'extraction que, lorsque la couronne étant détruite, il ne reste que les racines, encore que celles-ci ne puissent en aucune façon causer de douleurs par elles-mêmes.

Les douleurs ressenties sont alors provoquées par l'action expulsive que les tissus exercent contre le corps étranger que constitue la racine. Il arrive souvent aussi que les matières mortes qui remplissent le canal radiculaire déterminent une infection qui se transmet à l'alvéole et détermine toutes sortes de complications, à moins d'une intervention chirurgicale.

Dans un mal de dents il est d'abord important de déterminer le point de départ de la sensation douloureuse. La dernière et l'avant-dernière molaire inférieure, si elles sont cariées, rendent douloureuse toute la région de l'oreille. La carie de la 2^e et de la 3^e molaire inférieure donne l'impression que la douleur vient de la canine ou de la prémolaire inférieure du même côté, et parfois du côté opposé. L'auteur cite le cas d'une femme qui disait souffrir d'une petite molaire présentant une carie du premier degré. La douleur s'étendait à toute la moitié correspondante du corps jusqu'aux extrémités inférieures. Après examen, il trouva la dernière molaire obturée à la gutta. Il désobtura la dent dont

la pulpe était à nu, il la soigna et toute douleur disparut. Ces cas sont rares, mais il arrive souvent que la douleur s'étende au cou et au bras.

Les autres dents ne permettent pas ces confusions dans le siège de la douleur. Mais il arrive que des dents cariées non douloureuses soient jugées être le siège du mal de dents ; cela est possible quand, par suite de résidus alimentaires qui se putréfient dans les interstices des dents, la gencive, qui est innervée par les mêmes ramifications que la dent, s'enflamme et donne une sensation douloureuse identique au mal de dents. On s'en assure au toucher. Il faut se méfier aussi des débris d'amalgame ou de ciment qui peuvent s'introduire et rester dans les replis de la gencive pendant une obturation.

Magidot dit que les effets des tumeurs du périoste peuvent : 1^o se localiser dans le maxillaire au niveau de l'organe lésé ; 2^o prendre le caractère d'accidents névralgiques sur les ramifications de la cinquième paire ; 3^o s'étendre à l'organisme et y causer alors des accidents locaux.

Ces allures symptomatiques sont analogues à celles de la carie et de la périostite dentaire et il ne faut point s'y tromper.

Le mal de dents peut provenir de la paralysie d'un muscle moteur de l'œil et c'est encore là une preuve de la dépendance étroite et réciproque de l'œil et des dents. Cela tient à ce que le nerf dentaire supérieur se détache directement du sous-orbitalaire.

En résumé, au cas où la douleur n'est pas expliquée par des caries dentaires, l'examen doit porter sur toutes les dents, la muqueuse buccale, les points de sortie des branches nerveuses faciales.

L'extraction s'impose quand une dent vacille et menace de quitter son alvéole, dans les cas où l'on constate une tumeur du périoste, quand la carie est assez avancée pour empêcher la reconstruction de la dent ou l'obturation des racines, enfin dans le cas où les bords alvéolaires étant trop étroits les dents chevauchent l'une sur l'autre. L'extraction de la première molaire

peut être alors avantageuse, mais, d'après l'auteur, on n'y doit procéder qu'après la sortie de la deuxième molaire, car, dit-il, la première molaire règle la distance entre les deux arcades alvéolaires, et sa sortie coïncide avec la chute des premières dents de lait. Son extraction prématurée est suivie souvent de prognathisme. Lorsque la dent de sagesse inférieure perce, il arrive qu'elle manque de place pour prendre sa position normale ; si elle produit des accidents douloureux, son extraction s'impose.

Quant aux dents de lait, leur extraction n'est nécessaire que lorsqu'elles provoquent l'inflammation des gencives où lorsque la pulpe suppure. Dans tout autre cas on doit les soigner.

Rovida, G. et de Simoni, A., Dé-sinfection de la bouche par les essences odorantes. (*Stomatologia*, Milan, janvier 1904, p. 217 et février 1904, p. 273.)

Les auteurs ont voulu déterminer systématiquement les réelles propriétés désinfectantes des essences odorantes et se sont livrés à des recherches statistiques.

Les anciens les employaient empiriquement. Les premières notions sur leur rôle bactériologique sont dues à M. Chamberland qui montra leurs propriétés bactéricides : les essences de cannelle, de girofle sont, la première, plus active que la dissolution de sublimé au millième, la deuxième, plus rapide que des solutions d'acide phénique ou borique. Busquet démontra même que les essences dépourvues de pouvoir bactéricide empêchaient le développement des germes dans les bouillons de culture. Lucas Championnière fut le premier à les employer, à la place des antiseptiques ordinaires, dans une solution de « rétinal » et de cire, afin d'éviter l'action irritante des essences sur les tissus. On les a étudiées ensuite pour la désinfection des fosses nasales, où elles ont donné plein succès, par le procédé d' inhalation.

Les auteurs ont opéré avec des essences de préparation récente, point oxydées, diluées dans l'alcool

(1 gramme d'essence pour 2 ou 3 d'alcool). On prélevait du mucus humectant les parois de la bouche et on le mettait dans un bouillon de culture, puis pour déterminer la nature des bacilles on en piquait un lapin. Le sujet se lavait la bouche pendant 3 ou 5 minutes avec une solution d'essence, puis à l'eau stérilisée et on faisait les mêmes prélèvements de mucus. L'expérience était répétée plusieurs fois. Les résultats furent les suivants:

Essence de menthe. — Cinq individus ayant de nombreuses colonies de microbes dans le mucus de la bouche, les lapins inoculés meurent dans les 48 heures en présentant des phénomènes de septicémie et toujours le diplo-coque lancéolé dans le sang du cœur. Les cinq sujets se sont lavés la bouche pendant cinq minutes avec des solutions aux titres respectifs de 1 gr. 0/0, 1 gr. 50 0/0, 2 gr. 0/0, 2 gr. 50 0/0 et 3 gr. 0/0. Après la première opération il restait dans la bouche les nombres respectifs de 264, 182, 68, 14, 0.

Colonies de microbes. — Les lapins inoculés avec les 4 premiers prélèvements de mucus meurent, mais 4, 6 ou 10 jours après. Le dernier survit ainsi que ceux inoculés avec du mucus prélevé 1/4 d'heure, 1/2 heure, 1 heure et 2 heures après la désinfection de la bouche.

Essence de girofle. — Six sujets sont traités avec des solutions aux titres respectifs de 1 gr. 0/0, 1.50 0/0, 2 0/0, 3 0/0, 3.50 0/0, 4 0/0 par le même procédé. Les lapins inoculés avec le premier mucus meurent avec les mêmes caractères. Le deuxième prélèvement accuse, comme nombres des colonies microbiennes 406, 412, 294, 110, 86, 0.

Les 3 premiers lapins inoculés meurent à plus longue échéance, et ceux traités avec du mucus prélevé quelques moments après la désinfection survivent sans aucun trouble.

Essence de cannelle. — Sept sujets traités avec des solutions titrées progressivement de 1 gr. 0/0 à 4.50 0/0 pendant cinq minutes. Mêmes résultats pour la première inoculation. Le deuxième prélèvement donne les nombres respectifs: plus de 500, 286, 212,

94, 20, 2. Les lapins inoculés meurent à plus longue échéance, sauf le 2^e, le 3^e et le dernier qui survivent.

Essence de genièvre. — Cinq sujets traités avec des solutions aux titres respectifs de 1, 2, 3, 4 et 5 gr. 0/0 donnent les mêmes premiers résultats que les expériences précédentes. Mais la désinfection est moins rapide.

Essence de géranium. — Pour obtenir des résultats analogues il faut augmenter les doses qui deviennent 2, 3, 4, 5, 6 et 7 gr. 0/0.

Et une heure après l'expérience la bouche présente déjà 128 colonies de microbes, alors que pour la menthe elle en donnait 68, pour le girofle 68; pour la cannelle 34; pour le genièvre 64. Elle en donnera 202 avec la lavande; 208 avec le millefeuilles; 296 avec la verveine; 162 avec l'orange et 328 avec la bergamote.

Essence de lavande. — Avec les mêmes doses que la précédente 3, 4, 5, 6 et 7 0/0 celle-ci donne à peu près les mêmes résultats avec un affaiblissement sensible du degré de désinfection.

L'essence de millefeuilles donne, dans les mêmes conditions des résultats plus faibles encore, et cette diminution s'accentue avec les essences de verveine, de fleur d'oranger et de bergamote. Cette dernière avec les doses de 4, 5, 6, 7 et 8 gr. 0/0 laisse de très nombreuses colonies de microbes dans les trois premiers cas, 240 dans le 4^e; 164 dans le 5^e. Des lapins inoculés avec le mucus prélevé immédiatement après la désinfection, les 3 premiers meurent, les autres survivent, ainsi que ceux inoculés avec du mucus prélevé une demi-heure et une heure après, la bouche présentant alors 254 et 328 colonies microbiennes, et encore survient-il autour de la piqûre une tumeur qui ne disparaît que longtemps après.

Il est à noter que seules les essences de genièvre, de cannelle, de girofle et de menthe ont pu donner, à forte dose, l'asepsie complète de la bouche.

Fasoli, G., Structure histologique de la dentine. (*Stomatologia*, Milan, janvier 1904, p. 224.)

L'auteur opère de préférence avec

la titionine au phosphomolibdène qui permet une observation très détaillée des canalicules de la dentine.

Il a remarqué dans toutes les dents humaines depuis le stade foetal jusqu'aux âges avancés, dans les dents d'animaux et jusque dans l'ivoire d'éléphant dont furent fabriqués certains objets dans les temps les plus reculés :

1^o Une zone de tissu fondamental environnant les canaux dentaires. A proximité de la superficie de la dentine, vers la limite de l'émail et du cément, elle laisse passer des canalicules qui vont jusqu'à la dentine et qui peuvent être eux-mêmes pourvus d'un manchon analogue du même tissu ;

2^o Les espaces interglobulaires sont bien différenciés et permettent de constater la continuité des canalicules ;

3^o Les corpuscules du cément se comportent exactement comme ceux du tissu osseux. On peut bien voir les rapports des canalicules avec la couche granuleuse, les corpuscules du cément et l'émail ;

4^o On différencie très bien la dentine secondaire de la dentine normale.

Dans une 2^e série d'expériences l'auteur étudiera les fibres dites de « Tomes », qui, selon l'idée admise, occupent la lumière des canalicules de l'ivoire, sous forme de filaments protoplasmiques, émanations directes des odontoblastes.

En opérant avec les alcalis concentrés ou les acides sur des coupes de dents encore dans la période de développement, l'auteur a pu constater l'exacte anastomose des canalicules de la dentine et des ramifications des odontoblastes, il a vérifié aussi que ces canalicules ne sont pas dus à un épaissement du tissu fondamental.

Il met en garde contre la confusion fréquente entre les canalicules et les fibrilles de la dentine, que des préparations nouvelles lui ont permis de résoudre.

Cecconi, G., Etude de certaines analogies pathologiques entre les dents, les poils et les ongles. (*Stomatologia*. Milan, av. 1904, p. 386.)

L'auteur ne doute pas que les dents

ne souffrent, chez les enfants, des traumatismes de la tête, mais il conteste que ces traumatismes soient la cause des érosions dentaires. Une fois complètement développées, les dents sont indépendantes des conditions de l'organisme, et même les pratiques d'hygiène, excellentes pour l'état de la bouche, n'ont aucun effet préservatif en faveur des dents. Les poils et les ongles au contraire dépendent encore de l'organisme.

Milner Fothergile prétendit que la configuration extérieure des dents était caractéristique chez les goutteux — gencive en retrait, dents supérieures et antérieures très épaisses. — L'usure des incisives est fréquente dans les cas d'anomalies de l'articulation des maxillaires. Milner dit aussi que chez les goutteux les ongles durcissent et montrent leur structure originelle en faisceaux expliquée par l'histologie de l'ongle, ce qui établirait une relation pathologique entre ces organes et les dents. Mais l'auteur le conteste, les dires de Milner étant basés sur des observations trop peu nombreuses, et les exceptions étant d'ailleurs fréquentes. Chez les alopéciques les troubles dentaires sont fréquents. Jacquet a donné les causes capables de déterminer l'alopecie, et les lésions des dents étant de même ordre que celles des poils, ces causes peuvent être communes et ont leur importance dans l'étiologie de la carie.

Inversement on a constaté des cas d'alopecie consécutifs à des accidents dentaires.

D'après l'auteur ces coïncidences trouvent leur explication dans la commune origine des dents, des ongles et des poils, mais on n'en peut pas déduire une dépendance précise.

Pelagatti, M., Cas de lupus de la langue. (*Stomatologia*. Milan, mars 1904, p. 330 et avril 1904, p. 400.)

La malade était atteinte d'un lupus de la face et portait des plaques de lupus aux gencives, à la langue, au palais et à l'arrière-bouche. Elle avait eu plusieurs accès successifs d'eczéma à la face.

Vers 21 ans la langue devint malade, et le mal s'étendit en quatre ou cinq mois au palais, aux gencives, aux joues. A ce moment apparurent les caractères du lupus. Des taches de même nature se formèrent aux épaules, aux bras et aux cuisses. Celles de la face sont jaunes rougeâtres bien délimitées, carrelées de stries blanches entre lesquelles est un tissu gélatineux d'une épaisseur de quelques millimètres. Celles du corps sont, au contraire, blanchâtres en relief et couvertes d'un épiderme conifré.

Les dents sont en majorité cariées, les gencives érosées, sanguinolentes.

La langue est recouverte d'excroissances hémisphériques ; lisses et dures sur le dos ; fungiformes, granuleuses et friables vers les bords. La langue n'est nullement douloureuse ; au toucher elle paraît dure et cartilagineuse. On préleva un fragment de tissu malade et on l'inocula dans le péritoïne de deux lapins, qui moururent 31 et 30 jours après de péritonite tuberculeuse. Un autre fragment, soumis à l'examen histologique, montre une structure normale à part quelques légères et irrégulières hypertrophies, ainsi que des points d'infiltration, entourés de vaisseaux énormément élargis pleins de sang ; on y remarque tous les caractères des follicules tuberculeux. Enfin un peu partout, sont des amas de leucocytes.

La malade fut traitée pendant cinq mois de la façon suivante : injections de calomel, badigeonnages de la langue avec une solution de trichlorure d'antimoine avec du stéreosol ; grattage des plaques cutanées et applications de trichlorure d'antimoine.

L'auteur dit que le lupus tuberculeux de la langue est toujours consécutif à des lésions de même ordre localisées en d'autres points. Les plaques de lupus ne présentent jamais d'ulcération, ou tout au plus quelques fissures ; elles ne sont jamais douloureuses. Ces deux caractères différencient nettement le lupus des ulcéractions tuberculeuses.

Au point de vue de l'anatomie pa-

thologique, le lupus de la langue est analogue aux autres.

Kümmel, *Conséquences économiques de la carie dentaire.* (*Correspondenzblatt für Zahnärzte*. Heft. IV, 1903.)

Il y a un rapport étroit entre la carie dentaire et l'inaptitude des femmes qui en sont atteintes à allaiter leurs nourrissons. L'auteur a compté, par exemple, chez les femmes de 21 à 25 ans aptes à allaiter, 3, 7 dents cariées ou absentes en moyenne, tandis qu'il y en a 16.1 chez les femmes inaptes.

Femmes de 30 à 40 ans aptes à allaiter, 12.1, non aptes 21.8, etc. Il se trouve que la carie dentaire devient l'un des principaux signes de dégénérescence, car presque constamment ces mères inaptes à allaiter donnent naissance à des filles dont les mamelles ne produisent pas de lait.

K. Honez, *Une dent tombée dans les voies respiratoires.* (*Wiener Zahnärztliche Monatschrift*, 1903, n° 8.)

L'auteur rapporte un cas qui lui a été communiqué par un de ses frères qui venait de faire l'extraction de la première molaire droite supérieure chez une fillette de six ans, lorsque celle-ci fit une grande inspiration ; il se trouva qu'au même instant la dent tomba des mors du davier et pénétra dans les voies respiratoires.

Le dentiste, malgré ses efforts, ne put retirer la dent. Du reste, la fillette ne se plaignait de rien et n'avait aucune gêne respiratoire. Un laryngologue ne put trouver le corps étranger et un chirurgien ne jugea pas qu'il y eût lieu de faire une intervention.

Trois mois passèrent ainsi : état général bon, mais accès de toux fréquents. Un jour que l'enfant criait, il se produisit soudain un accès de suffocation ; mort en quelques instants. A l'autopsie, on trouva que la dent était accrochée par les racines dans la grosse bronche droite. La trachée et les bronches secondaires en dehors de la dent étaient remplies de muco-

pus sanguinolent. Muqueuse de la bronche droite très congestionnée. Il faut admettre que le cri poussé par l'enfant avait provoqué un déplacement de la dent et avait donné issue au mucopur amassé dans les bronches secondaires transformées en cavité cluse. Il en est résulté l'oblitération de la trachée et la suffocation.

Schweiburg, Berthold, Inversion dentaire. (*Zoubovratchebni Vestnik*, juin 1904, p. 375.)

Une femme de 46 ans, souffrant de céphalées depuis 20 ans, vint consulter parce que ses douleurs de tête devenaient plus fréquentes. L'examen de la bouche montra que les incisives inférieures étaient saines, ainsi que les incisives droites supérieures interne et externe.

Les autres dents manquaient ou étaient représentées par des racines cariées. Au niveau de la paroi externe de la narine droite, la muqueuse est soulevée, enflammée et laisse voir un corps blanc-grisâtre très dur, qui s'est écrasé dans la pince lorsque l'auteur a voulu l'extraire. Une hémorragie nécessita un tamponnement et la remise de la suite de l'opération. Le lendemain on constate, à l'endroit où se trouvait cette concrétion friable, un nouveau corps blanc, très dur, que l'on put extraire après cocainisation. C'est une dent longue de 18 millimètres, légèrement coudée. Sur une coupe on peut voir le canal dentaire, les parties constituantes de la dent, et une lamelle osseuse épaisse de 5 mm entourant la dent et correspondant à un alvéole. La couronne de la dent est cylindrique.

L'auteur ne peut affirmer si cette dent extraite du nez était une dent anormalement développée provenant de la bouche ou une dent surnuméraire, car beaucoup de dents manquaient à droite chez la patiente. Après l'opération, les maux de tête cessèrent.

V. Chilé, Le lupus. (*Rousski journal Kogén. i Venerol, bolezni*, 1904, n° 1.)

L'auteur a observé que le lupus

débute primitivement sur des parties ordinaires découvertes du corps, surtout sur le visage, mais il a une localisation secondaire très fréquente les gencives. Sur 50 malades que l'auteur a pu examiner, il a trouvé cette localisation chez 30 o/o.

A. Kicel (de Moscou), *Diagnostic de début du noma chez les enfants.* (*Méditsinskoé Obosrenié*, 1904, p. 292.)

L'auteur ayant observé dans son hôpital 46 cas de noma en 11 années insiste sur l'utilité et la difficulté du diagnostic précoce du noma.

En général, les enfants n'entrent à l'hôpital que deux semaines après le début de la maladie. Il serait désirable que l'on pratiquât l'examen quotidien de la bouche chez les enfants faibles, le diagnostic précoce étant d'une extrême importance pour le traitement : on ne constate aucun signe sur la joue lorsqu'il y a cependant déjà mortification des tissus sur la face interne. L'attention doit être éveillée immédiatement si l'on constate une tuméfaction de la joue, avec au centre, une infiltration formant une plaque indurée. L'odeur gangrénouse n'apparaît que beaucoup plus tard. L'auteur n'a jamais vu la stomatite ulcéreuse s'étendre au nez, et celle-ci montre d'une façon constante des bacilles de Virchow par paquets et des spirilles à l'examen microscopique.

G. Zélenksy, Sinusite maxillaire grippale. (*Médits. Obosrenié*, 1905, n° 12.)

L'auteur a observé 12 cas où l'empyème de l'antre d'Highmore s'était produit consécutivement à un coryza grippal, quelquefois une dizaine de jours après le début de la grippe, tandis que cette complication est rare dans le coryza vulgaire. La désinfection par les voies naturelles est souvent insuffisante et l'on est quelquefois obligé de pratiquer l'extraction de la molaire correspondante et de trépaner le bord alvéolaire.

H.-CH. FOURNIER.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

(Suite et fin.)

- Pritchett (T.-W.). Does the dental profession desire a change in our dental law and what changes do they want? Dental review, xvii, 3, 15 mars 1903, 200.
- Ritter. Zur Frage einer erhöhten Vorbildung der Zahnärzte. Deutsche zahnärztl. Wochenschr Wiesb., 1902, v, 186-188.
- Rozowsky (W.-W.). Des faux dentistes et des dentistes souffrant injurement. Zoubovratich Vestn St-Pétersb., 1903, xix, 58-62.
- Schalmán (S.). Sur la réclame. Zoubovratich. Vestn. St-Pétersb., 103, 342-344.
- Schwartz (N.-R.). Quelques mots sur la nouvelle forme « de publicité », Zoubovratich Vestn. St-Pétersb., 1903, xix, 412-414.
- Sosounow (N.). Quelques mots sur la pratique dentaire à Tomsk. Zoubovratich Vestn. St-Pétersb., 1903, xix, 691-694.
- Talbot (Eug.-S.). Recognition of the D. D. S. degree by the American medical association. Dental Cosmos, xlvi, 7, juillet 1903, 532-538.
- Vasseur (P.). La pléthora dentaire à Paris et dans les grandes villes de France. (Monde dent., 1902, xvi, 273-278.)
- Vasseur (P.). L'avenir de l'art dentaire. (Monde dent., 1903, xvii, 29-33.)
- Veron (A.). Les fondateurs de la dentisterie. Monde dentaire. Paris, 1902, xvi, 293-306.
- Zielinski (W.). Kilka słów z historią zębów stucznych. Pazeglad Dentystyczny, mars 1903, i, 51-59.
- QUALIFICATIONS FOR PRACTICE. Dental Cosmos, xlvi, 4, avril 1903, 315-320.
- DENTAL LAW for the Philippine islands. Dental Cosmos, xlvi, 4 août 1903, 337-340.
- The Practice of dentistry, with force and arms. Dental Cosmos, xlvi, 4, avril 1903, 320-321.
- DENTISTRY now and then. Dental Cosmos, xlvi, 5, mai 1903, 411-414.
- DENTAL law for the territory of Hawaï. Dental Cosmos, xlvi, 6, juin 1903, 507-509.
- The college man. Dental Cosmos, xlvi, 7, juillet 1903, 575-576.
- W. C. Barretts. Link in our professional history. Internat. Dent. Journ., nov. 1903. Anal. in Dental Cosmos, xlvi, 12, décembre 1903, 987-990.
- THE DENTAL critics of the medical practitioner. Dental Cosmos, xlvi, 3, mars 1903, 232-234.
- The fifteenth anniversary celebration of the odontographic society of Chicago. Dental Cosmos, xlvi, 3, mars 1903, 234-235.
- The dental hospital of Sydney. N. S. W. Dental Cosmos, mars 1903, xlvi, 234.
- CONTRO l'esercizio abusivo e l'abuso de titoli. La Stomatologia, ii, 3, novembre 1903, 150-153.
- DENTISTES. Patentes. Inscription au rôle des patentés. Odontologie, xxix, 2-30 janvier 1903, 99.
- Consultations dentaires. La clientèle hospitalière. Revue de Stomatol., x, 10 oct. 1903, 457-462.
- ENSEIGNEMENT.
- Aguilar (F.). La enseñanza de la odontología en los estados unidos. Odontología, xii, 2, février 1903, 49-67 et xii, 3, mars 1903, 105-122.
- Bamegg (G.). Die Lage der Zahntechniker in Oesterreich. J. f. zahn. Berl. 1902, xvii, 19-21.
- Borland (L.-C.). How much, how and when the dental student should study anatomy. Dental review, xvii, 12-15 décembre 1903, 1125.
- Boulatow (P.-N.). Comptes rendus

- de l'Ecole dentaire de St-Pétersbourg du médecin-dentiste Vongl Swiderskaia pour l'année 1902. Zoubovratch Vestn. St-Pétersb., 1903, xix, 49-51.
- BROPHY (Truman W.). The necessity of more thoroughly teaching dental pathology and oral hygiene in schools of medicin. Dental review, xvii, 11, 15 novembre 1903, 1001.
- CARLTON (H.-P.). University training and dental education. Dental review, xvii, 6, juin 1903, 491.
- CHOMPRET. Projet de création d'un laboratoire central de prothèse dans les hôpitaux de Paris. Monde dentaire. Paris, 1903, xvii, 171-172.
- CONTENAU (G.). L'enseignement dentaire aux Etats-Unis. Son application en France. (Rev. de stomat., x, 11 nov. 1903, 505-514.)
- COYLE (John A.). Dental education. Brit J. Dent. Sc. Lond., 1902, xlv, 992-996.
- CAUET. Sur l'enseignement dentaire. (Rev. de stomat., x, 4, 169-173.)
- CRYER (H.). Enseñanza práctica de la anatomía en las escuelas dentales. Congrès de Madrid, 1903, in Odontología, xii, 8, juillet 1903, 413-416.
- CRYER (Mathew H.). The practical teaching of anatomy in dental schools. Dental Cosmos, xlv, 11, nov. 1903, 841-861.
- GOADBY (K.-W.). Address to students. Brit J. Dent. Sc. Lond., 1903, xlvi, 632-636.
- GODON. L'enseignement préparatoire de l'étudiant en chirurgie dentaire considéré comme première année d'études dans les écoles dentaires. L'Odontologie, xxx, 22, 30 nov. 1903, 557-572.
- GODON. Appareils fantômes servant à l'enseignement. XIV^e Congrès dent. de mèd., in Odontología, xxx, 14, 30 juillet 1903, 101.
- GODON. Conocimientos que debe poseer el dentista para ejercer el arte dental y su enseñanza. (Odontología, 1903, xii, 568-570.)
- GUILFORD (S.-H.). The technical training of dental students. Dental review, xvii, 1, 15 janvier 1903, fig. 7.
- HIVERT. De l'enseignement dentaire. Rev. Odont., 1903, xxiv, 401-405.
- JOHNSON (C.-N.). Dental education. Dental review, xviii, 3, 15 mars 1903, 193.
- JULLIEN (A.). Rapport sur l'organisation des travaux pratiques d'anatomie à l'Ecole dentaire de Paris. L'Odontologie, 30 sept. 1903.
- LEDOUX (P.). Sur l'organisation des travaux pratiques de bactériologie dans les écoles dentaires. L'Odontologie, xxx, 24, 30 déc. 1903, 683-686.
- LISCHER. On the teaching of orthodontia and its relations to general practice. Dental review, xvii, 9, 15 septembre 1903, 841.
- MARGOLIN (L.). Comptes rendus de l'Ecole dentaire de Margolin à Odessa pour l'année 1902. Zoubovratch. Vestn. St-Pétersb., 1903, xix, 310-312.
- MARIE (A.). L'enseignement clinique médical à l'Ecole dentaire de Paris. L'Odontologie, xxx, 23, 15 déc. 1903, 627-628.
- MILLER (W.-D.). Inledande studium af fragan om den relativa immuniteten hos bildningar i munnen i deras forhallande till parasitara inflytanden. Odontologisk Tidskrift 1903, 98-107, 148-171.
- MITCHELL. Algunas consideraciones sobre la extensión de los estudios de odontología en los estados unidos. Congrès de Madrid, 1903, in Odontología, xii, 7, juillet 1903, 425-431.
- PLATSCHICK. Le due tendenze sul riordinamento degli studi dentistici in Italia. La Stomatologia, 1, 6 février 1903, 416-418.
- QUEUDOT. Enseignement de l'art dentaire, spécialité médicale. (Rev. de Stomatologie, x, 4, avril 1903, 203-206.)
- ULMGREN (Otto). Skolkomittens betänkande med afseende på kompetensen till tandlärankstudierna. Odontologisk tidskrift, 2, 1903, 65-73.
- WEBER (R.-J.). Comptes rendus de l'Ecole dentaire d'Ecaterinoslaw. Zoubovratch. Vestn. St-Pétersb., 1903, xix, 316-321.
- WERNER (A.). Zum zahnärztlichen Studium. Journ. f. Zahnh. Berl., 1903, xviii, 30-34.
- WILNIK (N.-M.). Lettres au sujet des examens de dentiste. Zoubovratch. Vestn. St-Pétersb., 1903, xix, 410-411.
- WITZEL (A.). Ueber die Fortbildung

kurse für Zahnärzte an der Rheinischen Friedrich Wilhelm. Universität zu Bonn. (Zahnärztl. Rundschau, 1903, xii, n° 278.)

THEORETICAL or practical studies. Dental Cosmos, xlv, 11 novembre 1903, 899-900.

The university of London and the dental degree. Dental Cosmos, xlv, 8, août 1903, 668-670.

1903. Enseignement supérieur libre,

Académie de Paris. Programme de l'enseignement. Conditions d'admission à l'Ecole dentaire française. Paris, imp. M. Maugras, 1903, in-8, 30 p.

Ecole dentaire de Paris. Fête de la distribution des récompenses. Odontologie, xxx, 22, 30 nov. 1903, 515-545.

Ecole dentaire de Paris. Séance de réouverture des cours. Odontologie, xxx, 21, 15 nov. 1903, 489-508.

VIII — Varia.

VARIA.

ALLARD. A propos de quelques cas médico-dentaires. Presse méd. Belge Brux., 1903, iv, 113-120.

AMOEDO (O.). Los dientes después la muerte. (Odontologia, 1902, xi, 433-444 et 527-540.)

AYZENSCHTAT (I.-P.). Un cas de pratique dentaire. Zoubovratch. Vestn. St-Pétersb., 1903, xix, 464-465.

BARLOW (Thomas). An address. Brit. J. Dent. Sc. Lond., 1902, xlv, 1014-1023.

BERGONIÉ et DUNOGIER. Des rayons X dans la recherche des appareils de prothèse dentaire. (Arch. d'électricité méd. Bordeaux, xi, 1903, 331-341 et Odontologie, 1903, xii, 571-572.)

BEZTCHEINTSKY (R.-M.). A propos de la communication de M. D. O. Tendler, lue au Congrès odontologique d'Odesssa. Zoubovratch. Vestn. St-Pétersb., 1903, xix, 529-533.

BOAK (G.-D.). Army dental surgeon and his work in the Philippines. Dental Reg., Cincinnati, 1903, lvii, 301-310.

BRUNTON (G.). Casual communications. Brit. J. Dent. Sc. Lond., 1903, xlvi, 581-585.

CARRINGTON (P.-T.). A dentist's observations in Siam. Dental Cosmos, xlv, 3, mars 1903, 194-195.

CHADDOCK (G.-G.). Some phases of nervous disease of interest to dentists. Dental Digest, Chicago, 1903, ix, 412-422.

CHAFFEE (G.). Shock and its treatment. Intern. Journ. of Surg. févr. 1903.

Anal. in. Dental Cosmos, xlv, 4, août 1903, 324.

CHATEAU (Jean). Dictionnaire dentaire. Paris J.-B. Baillièvre et fils, 1903, in-12, vi, 280. p.

CHOMPRET. Le XIV^e Congrès de médecine. Madrid 1903, Rev. de Stomat. x, 5, mai 1903, 217-220.

CHOMPRET. Le XIV^e Congrès international de médecine. Rapport à la Soc. de Stomat. in Revue de Stomat. x, 7, juill. 1903, 349-357.

CLAUSSEN (P.). Der zahnärztliche Beruf und das Strafgesetzbuch. Deutsche zahnärztl. Wechschr. Berl. 1902, v, 315-319.

CRILE (G.-W.). Report of an exploratory operation for removal of artificial teeth supposed to have been swallowed. (Cleveland M.-J., 1902, 1, 594-606, 5 tab.)

DEPENDORF (Theodor). Mitteilungen zur Anatomie und Klinik des Zahnfleisches und der Wangenschleimhaut nach mikroskopischen Untersuchungen an verschiedenen menschlichen Altersstadien. Habilitationsschrift. Inaug. Dissert; Jena 1903. August n° 30.

DRESCHFIELD (H.-T.). Dental diseases and their relation to public health. J. San. Inst. Lond., 1902, 3, xxiii, 867-870.

DUNOGIER (S.). Déglutition d'un appareil prothétique volumineux ; évacuation de cet appareil par les voies naturelles. J. de méd. de Bordeaux, 1903, xxxiii, 131-132, 1 fig. et Monde dent. Paris, 1903, xvii, 156-160.

EVANS (P. Warrington). Office hy-

giene from the patient's standpoint. Union meeting at Baltimore in Dental Cosmos, xliv, 12 déc. 1903, 972-976.

FISCHER (A.). Removal of a piece of artificial set of teeth from cæcum and appendix in cluded in femoral hernia; recovery. Orvasi hetil., Budapest, 1903, xvii, 163.

GALIPPE. Influence de la castration ovarique sur l'état de la dentition. Soc. de stomat., 16 mars 1903, in Revue de stomatologie, x, 5, mai 1903, 254-257.

Gonox. A propos du Congrès d'Angers. Odontologie, xxx, 17, 15 sept. 1903, 305-306.

GOLDING-BIRD (C.-H.). A Case of oesophagotomy for impacted denture. Brit. J. Dent. Sc. Lond., 1903, xlvi, 289-296.

GUERINI (V.). Relazione sull'esame delle mascelle d'uno scheletro rinvenuto murato nel comune di Fuorigrotta eseguita per incarico del Dr Cad. F. Guidone perito giudiziario. Odonto. Stomatol., Napoli, 1903, 15, 32-43.

HOLLOPETER (W.-E.). Some unappreciated causes of anemia in childhood. Journ. of the med. Chir. college sept. 1903, anal in Dental Cosmos, xlvi, 11, nov. 1903, 907.

HUTINEL. Causes adjuvantes des affections gastro-intestinales chez les nourrices (influences du froid, de la chaleur, de la dentition, de la constipation). Classification de ces affections. (J. de méd. int. Paris, 1903, vii, 74-77.)

JAMESON (Alex.). Esthetic dentistry. Dental review, xvii, 2, 15 févr. 1903, 143.

JESSEN (Ernst). Zahnhigiene in Schule und Haus. Zur Ergänzung und Erläuterung der Wandtafel: Die Zähne und ihre Pflege. Strassb.i E. Heitz, u. Mundel, 1903, 8, 48.

KERSTING (G.). Ahnung der Zähne. Wien. med. Wchonschr. 1902, iii, 464-468.

KUMMEL (H.). Zahnärzte für Krankenanstalten (J.-f.-Zahn). Berlin, 1903, xviii, 161-162.)

LECHE (W.). Zur Entwicklungsgeschichte des Zahnsystems der Säugetiere, Zugleich ein Beitrag zur Stammbeschichtung dieser Tiergruppe. (Biol. Centralbl., Erlang. 1903, xxiii, 510-515.)

LEPKOWSKI (V. von) et WACHHOLZ (L.). Über Veränderung natürlicher und künstlicher Gebisse durch extreme Temperatur und Faulniss. (Beitrag zur Identitätslehre. Aerztl. Sachverst. Ztg. Berlin 1903, ix, 110-121.)

MADDEN (J.-J.). Surgical methods in daily practice. Union convention at Buffalo N.-Y. in Dental Cosmos, xlvi, 2 févr. 1903, 144.

MAISEL (Lydia) Lina. La malaria infantile et quelques-unes de ses complications (Broncho-pneumonie et évolution dentaire). Montpel., Th. de Doct. Dr. G. Firmin, Montane et Sicardi, 1903, in-8, n° 23, vi, 51.

MARTINIER (P.). La Semaine dentaire internationale à Stockholm, 1902.

MARTINIER (P.). Le XIV^e Congrès international de médecine. Madrid, 1903. Section d'Odontologie, 1 brochure de 123 p. Odontologie, Paris, 1903.

MAYET (L.). Une brochette de mâchoires humaines. Bull. et mem. Soc. d'anthrop. de Paris, 1902, 5 s. iii, 600, 1 fig.

METCALF (J.-T.). Reminiscences. Dental Cosmos, xlvi, 6, juin 1903, 458-460.

MULLER. Kyste dermoïde de l'ovaire avec cheveux et dents. Lyon méd. 1903, c, 338-339.

PALEM (L.-A.). Statistique dentaire des élèves du gymnase de la ville de Loubo pendant l'année 1902. Zoubovratch. Vestn. St-Pétersb., 1903, xix, 406-407.

PALEM (M.-A.). L'activité du cabinet dentaire après l'Ecole Réale de Char-koff pendant les six mois écoulés. Zoubovratch. Vestn. St-Pétersb., 1903, xix, 386-389.

PAWEZ (G.-H.). Die Zahnheilkunde in früheren Zeiten. Zahntech. Reform Berl., 1903, xxii, 43-45.

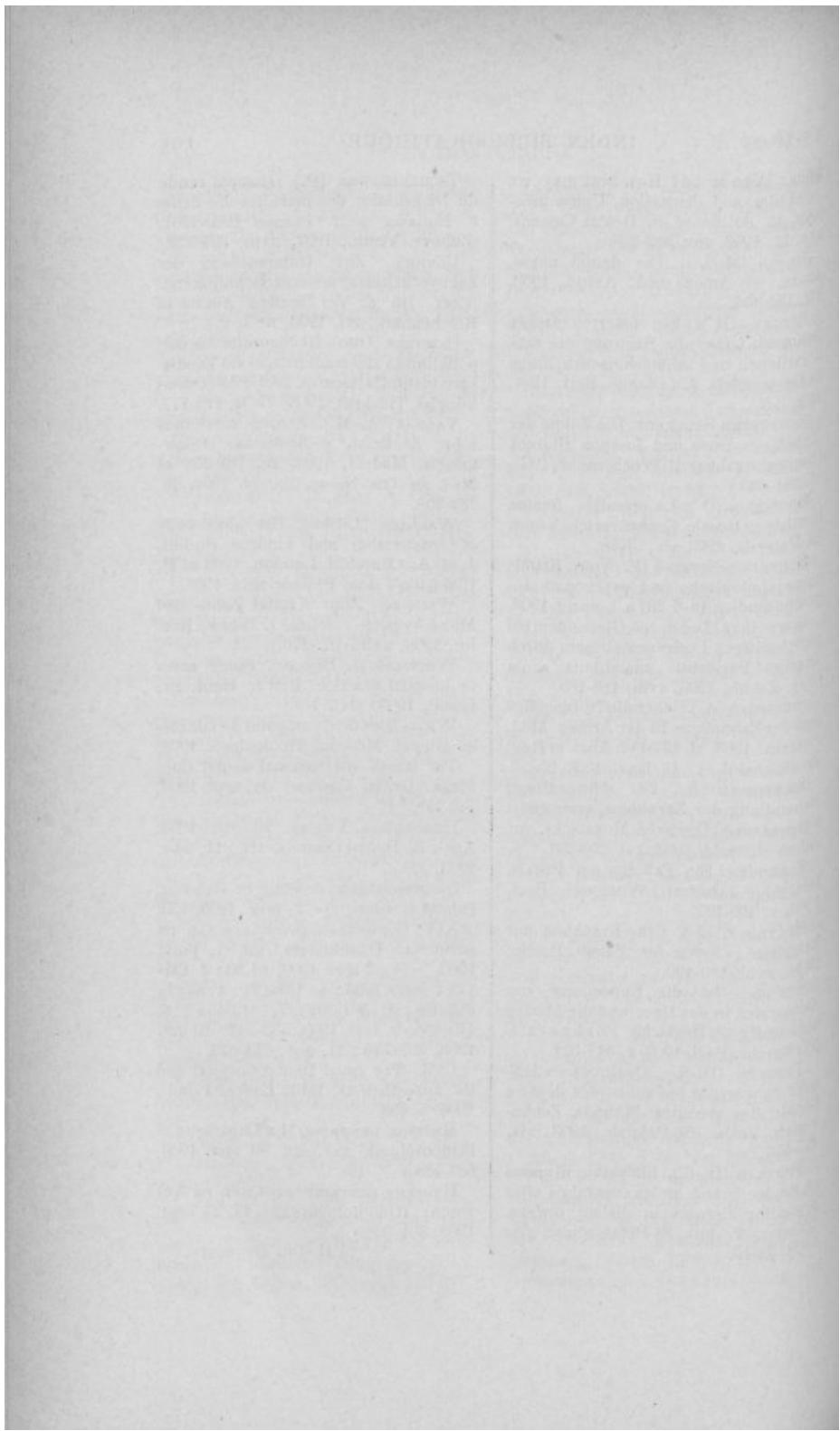
PFAFF (W.). Beiträge zur Entwicklung der Zahnheilkunde vom Altertum bis in die Neuzeit. Deutsche Monatschr. f. Zahnh. Leip., 1903, xxi, 285-305.

PHILIPP. Ist es möglich auch nach bestandenem Maturum die für den Zahnarzt nötige praktische Ausbildung zur erlangen? Deutsche Zahnärzt. Wehnsch. Wiesb., 1902, v, 110-111.

PRIMROSE (F.). The neurasthenic pa-

- tient : Who is he? How best may we treat him, and discussion. Union meeting at Baltimore in Dental Cosmos, xlv, 11, 1903, nov. 889-893.
- RHEIN (M.-L.). The dental nurse. Journ. of Amer. med. Assoc., 1903, xli, 151-154.
- RIEGER (H.). Ein österreichischer Zahnarzt. Ueber die Sanirung der zahnärztlichen und zahntechnischen Frage in Oesterreich. J. f. Zahnh. Berl. 1902, xvii, 3-5.
- SCHAFFER-STUCKERT. Die Zahne der Hypofagen Rosa und Josepha Blareck (Deutsche zahnärztl. Wochenschr., 1903, vi, 281-283.)
- SCHOCOR (D.). La première femme dentiste en Russie. Zoubrovatch. Vestn. St-Petersb., 1903, xix, 57-58.
- SCHRENCHE-NOTZING (F. Von). Kriminalpsychologische und psychopathologische studien. In-8, 207 p. Leipzig, 1902.
- SCHWARTZ. Tod durch Glotisödem bei gleichzeitigen Lungenemphysem durch eiterige Periostitis mandibulae acuta (J.-f. Zahnh. 1903, xviii, 188-189.)
- SICKINGER (A.). Ueber die Notwendigkeit der Zahnpflege in der Armee. Med. Reform., 1903, xi, 139-142. Anal. in Rev. de Stomatol., x, 1, janv. 1903, 55-56.
- SILBERMAM (E.). Zur schmerzlosen Behandlung der Zahnsbeins, vermittelst Kohlensäure. (Deutsche Monatschr. für Zahnh. Leipzig, 1903, xxi, 258-261.)
- SPIENGER. Ein Fall aus der Praxis. Deutsche Zahnärztl. Wochenschr. Berl. 1903, v, 495-495.
- STANKOVIC (J.). Eine Krankheit der Zahnärzte. (Journ. für Zahnh. Berlin, 1903, xviii, 189-190.)
- STRUCK. Ist die Einstellung von Zahnärzten in das Heer und die Marine notwendig ? Deutsche Zahnärztl. Wochenschr. Berl. 1903, v, 517-521.
- TENDLER (D.-S.). Quelques statistiques concernant les soins des dents à l'école des aveugles d'Odessa. Zoubovratch. Vestn. St-Pétersb., 1903, xix, 455-457.
- TENDLER (D.-C.). Idiopathic diseases of the teeth and reflex neuralgia after preceding diseases in distant organs. (Zubovr.-Vestnik, St-Pétersbourg, xix, 1903, 33-40.)
- TSCHERIKOWEN (P.). Compte rendu du Dispensaire des maladies des dents à Poltawa pour l'année 1900-1901. (Zubovr. Vestn., 1902, xviii, 394-398.)
- ULBRICH. Zur Untersuchung der Zahnverhältnisse unserer Schuljugend. (Corr. Bl. d. Ver Deutsch Aerzte in Reichenberg, xvi, 1903, n° 7, 2.)
- ULMGREN (Otto). Redogorelse för den polikliniska afd (tandkirurge) vid Tandläkare-institutet i Helsingfors, 1901-1902. Odontologisk Tidskrift, 1903, 27-34, 172-177.
- VARGAS (A.-M.). Errores corrientes sobre dentición y denticinas. Odontología. Madrid, 1902, iii, 289-298 et Med. de los Niños. Barcel, 1902, iii, 289-298.
- WALLACE (J.-Sim.). The physiology of mastication and kindred studies. J. et A. Churchill. London, 1903 et P. Blakiston's Son. Philadelphia, 1903.
- WEIDNER. Zum Kapital Zahnd- und Mund-hygiene. (Journ. f. Zahnh. Berlin, 1903, xviii, 167-170.)
- WHITLES (J. Dencer). Some cases in hospital practice. Brit J. Dent. Sc. Lond., 1903, xlvi, 1-8.
- WILGA. Des dents au point de vue médico-legal. Moscou. Th. de doct., 1903.
- The fourth international dental Congress. Dental Cosmos, xlv, sept. 1903, 746-748.
- HEMOPHILIA. Lancet, 10 oct. 1903. Anal. in Dental Cosmos, xlv, 11, nov. 1903, 906.
- ODONTOGRAPHIC meeting in Chicago. Dental Cosmos, xlv, 2, févr. 1903, 153.
- XIV^e CONGRESO INTERNACIONAL DE MEDICINA. Odontología, xii, 1, janv. 1903, 7-14 ; 2 févr. 1903, 84-85 ; 3, 141-142 ; mars 1903 ; 4, 187-194 ; avril ; 5, 313-338 ; 6, 364-392 ; 7, 413-434 ; 8, 470-488 ; 9, sept. 1903, 533-542 ; 10 oct. 1903, 563-576 ; 11, nov. 618-623.
1903. The royal Dental hospital and its anaesthetists. Edit. Lancet Lond., 1903, i, 453.
- HYGIÈNE DENTAIRE. (La Chronique et l'Odontologie, xxx, 22, 30 nov. 1903, 587-588.)
- HYGIÈNE DENTAIRE SCOLAIRE EN AUTRICHE. (Odontologie, xxx, 17, 15 sept. 1903, 301-302.)

H.-CH. FOURNIER.




NOUVELLES
ECOLE DENTAIRE DE PARIS.

A la suite des démissions de M. Martinier, directeur-adjoint et directeur général de l'Enseignement, de M. Friteau, secrétaire général, de M. Bonnard, sous-directeur de l'Enseignement technique, le Conseil d'administration de l'Ecole dentaire de Paris a, dans sa séance du 31 janvier 1905, constitué son bureau de la façon suivante :

- M. le Dr Ch. Godon, président-directeur.
 - M. le Dr Em. Sauvez, directeur-adjoint.
 - MM. Delair et Gillard, vice-présidents.
 - M. Touvet-Fanton, secrétaire général.
 - M. Fouques, secrétaire des séances.
 - M. d'Argent, trésorier.
 - M. de Croës, bibliothécaire archiviste.
 - M. Lemerle, conservateur du musée.
-

ASSOCIATION GÉNÉRALE DES DENTISTES DE FRANCE.

L'assemblée générale de cette Association a eu lieu le samedi 21 janvier à 8 h. 1/2, sous la présidence de M. Ronnet, président, au siège social, 45, rue de La Tour-d'Auvergne.

Après une allocution du président, M. Blatter, secrétaire général, a donné lecture de son rapport annuel.

Le rapport de M. Devoucoux, trésorier, a été remis à une date ultérieure et ne sera adopté qu'après la liquidation financière de l'administrateur-gérant du Journal.

Les comptes de M. Papot sur la gestion de *L'Odontologie*, devant être soumis au Conseil général du groupement en février prochain, ne pourront être acceptés, en dernier ressort, par l'Association que dans une nouvelle assemblée générale convoquée à cet effet.

M. Delair, rapporteur de la question de la Société de prévoyance et d'assurance en cas de décès, a fait adopter les conclusions de son rapport; il a été également chargé de recueillir les dernières adhésions qui permettront le fonctionnement de cette société de secours mutuels.

Le très intéressant rapport de M. Hugot, sur l'hygiène dentaire dans

les écoles, ayant donné lieu à une longue discussion, est renvoyé à une commission qui sera chargée d'étudier les différentes conclusions du rapporteur.

Le vœu formulé par MM. Mouton et d'Argent et tendant à augmenter le nombre des membres de province dans le conseil de direction de l'Association a été ratifié par l'assemblée. Le nombre des membres du prochain conseil, par suite de cette décision, sera de 32 : 16 membres pour Paris et de 16 pour la province.

Les élections pour le renouvellement partiel du Conseil d'administration ont été reportées à la prochaine assemblée qui devra s'occuper également de l'adoption du rapport du trésorier.

Cette décision résulte d'un ordre du jour voté par l'assemblée générale du 21 janvier et conçu en ces termes : L'assemblée, ne pouvant approuver des comptes qui ne sont pas complets, décide que les élections pour le renouvellement partiel du Conseil de direction n'auront lieu qu'après l'approbation de ces comptes, dans une assemblée générale qui sera convoquée par le bureau.

Sur la proposition de M. Claser il a été décidé qu'un compte rendu analytique de chaque assemblée de l'Association devra paraître dans le journal *L'Odontologie*.

La séance a été levée à 11 h. 1/2.

BLATTER, secrétaire général.

SOCIÉTÉ DAUPHINOISE D'ODONTOLOGIE ET SYNDICAT DES DENTISTES DU DAUPHINÉ ET DE LA SAVOIE.

Le dimanche 15 janvier, le bureau et une délégation de notre Société se sont rendus à Chambéry, où tous nos confrères de la Savoie et de la Haute-Savoie avaient été convoqués.

Faisant trêve aux soucis journaliers, on s'est mis en marche, l'esprit gai et le cœur réjoui à la pensée de voir des amis inconnus, qui, sans distinction d'âge et au premier contact, se sont trouvés les meilleurs camarades du monde. Je dis sans distinction d'âge, car nous avions avec nous notre excellent confrère Rossotti, âgé de 74 ans : entré dans la profession en 1855, il va, cette année, célébrer ses noces d'or.

A la gare, où nous étions attendus, on se trouve déjà en pays de connaissance. Quant à la réunion, elle a été joyeuse et amicale. Elle a été une vraie fête où nous avons triomphé de l'ennemie de tout groupement naissant : l'indifférence ; car la glace à peine rompue, nous avions solidement rattaché à notre gerbe le plus grand nombre des épis dispersés dans cette région.

Après l'exposé du but et des différents avantages d'une commune coopération, tous les confrères présents ont demandé leur inscription comme membres de la Société et ont sur-le-champ procédé à l'élection du vice-président auquel leur donnent droits nos statuts. C'est M. Ch. Amillac, de Chambéry, qui a été élu à l'unanimité et proclamé vice-président du Syndicat des dentistes du Dauphiné et de la Savoie. Faire l'éloge de M. Amillac serait blesser sa modestie.

Désormais le Dauphiné et la Savoie forment un même groupement professionnel régional.

Cette réunion, manifestation imposante, a emprunté aux circonstances qui l'ont précédée et fait naître comme aux questions abordées et en partie résolues, une importance et une signification particulières.

La gaieté et les applaudissements indiquaient la spontanéité et la bonne humeur. Les conversations et les discussions se sont égrénées, calmes, joyeuses, quelquefois pétillantes, charmantes toujours. En somme, délicieuse journée avec promesse ferme d'une revue prochaine ; charmante cordialité, intéressant échange d'impressions et d'idées annonçant et préparant un concert de pensées et d'efforts communs en vue de l'amélioration matérielle et morale de la profession.

Quand en août dernier, à la fin du Congrès, des voix aussi sympathiques qu'autorisées célébraient la création de notre Société, et faisaient des vœux pour sa prospérité, en lui prédisant que ses rangs iraient grossissant, nous ne pensions pas, à quelques mois de distance, réaliser un tel succès qui dépasse nos espérances, car nous sommes aujourd'hui, après six mois d'existence, plus de vingt membres parfaitement unis.

Décidément les fées et les bons génies semblent avoir présidé à la naissance de notre Société et l'avoir maternellement bercée, puisque les liens de confraternité sont si faciles à resserrer et que les groupements sont si commodes à organiser, et qu'il est dès lors démontré que la solidarité bien comprise crée l'union et que l'union c'est la force.

CONCOURS A L'ÉCOLE DENTAIRE DE PARIS.

Les concours qui ont eu lieu récemment à l'Ecole dentaire de Paris ont donné les résultats suivants :

MM. Blatter et Audy ont été nommés professeurs suppléants de clinique de chirurgie dentaire.

M. Renhold a été nommé chef de clinique de prothèse et M. Guillemin, chef de clinique d'anesthésie.

Nous adressons aux nouveaux promus toutes nos félicitations.

CONGRÈS DE CHIMIE ET DE PHARMACIE.

Un Congrès de chimie et de pharmacie aura lieu à Liège en juillet 1905. Il est organisé par l'Association pharmaceutique de Liège et la Société chimique de Belgique. Il comprendra dix sections, dont une de chimie pharmaceutique, une de chimie biologique avec ses applications à l'hygiène et à la bactériologie et une de toxicologie.

(*La Odontologia*, décembre 1904.)

NOUVEAU JOURNAL.

On annonce la publication d'un nouveau journal dentaire mensuel en langue espagnole « La Revista odontologica », qui paraît à Santiago du Chili et est dirigée par M. Pedro P. Castro.

Nous en avons reçu le premier numéro et nous souhaitons bonne chance à notre nouveau frère.

NOUVELLE SOCIÉTÉ.

Sur l'initiative du Dr F. A. Meyer, d'Amsterdam, s'est constituée dans cette ville une société hollandaise de stomatologie.

(*L'Odonto-stomatologia*, décembre 1904.)

SUICIDE D'UN DENTISTE.

M. H. Sylvester, D.D.S., dentiste de l'empereur Guillaume, s'est suicidé le 10 janvier dans son domicile à Berlin. Il était malade depuis longtemps et était âgé de 60 ans. C'était un des dentistes américains les plus anciens de la capitale.

Il avait reçu de l'empereur le titre de Zahnarzt (chirurgien-dentiste) sans faire d'études spéciales et sans passer d'examen.

(*Deut. Zahn. Woch*, 15 janvier 1905.)

NOUVEAU DIRECTEUR DE JOURNAL.

Notre frère Erich Richter, qui dirige depuis de longues années le *Journal für Zahnheilkunde*, annonce que son affection oculaire l'oblige à confier à un autre la direction de cet organe à partir de la présente année.

ADRESSES UTILES

La ligne: 20 francs par an, } dans 24 numéros.
Lignes en sus: 10 fr. la ligne. }

DEMANDES ET OFFRES

PRIX d'une CASE, dans 3 numéros..... 8 francs.
payable d'avance. (Pour les Abonnés de *L'Odontologie*. 5 ").

L'Administration de L'Odontologie est à la disposition des vendeurs ou acheteurs pour transmettre aux intéressés les lettres adressées aux initiales indiquées, mais il est bien entendu que son rôle se borne à cette transmission.

Cabinets offerts.

2 heures 1/2 de Paris, Ville 50.000 habitants, région riche, mondaine, industrielle, clientèle classique, 24.000 fr. d'affaires capables d'extension considérables; préférerait céder à praticien ayant complété études en Amérique ou en Angleterre, connaissance de la langue anglaise utile, mais non essentielle. Prix 30.000 fr. Restera associé quelque temps. S'adresser par lettre Cornelisen, 16, r. St-Marc, Paris. (4-2)

Un jeune homme diplômé est demandé dans un Cabinet important du Midi, où une situation pourra lui être faite après quelque temps d'essai. — Ecrire par poste aux initiales C. D. aux soins de l'Administration du journal. (5-2)

On demande dans un Cabinet important, dans une grande ville du Midi, un opérateur au courant de tous les travaux dentaires. — Ecrire par poste aux initiales A. B. aux soins de l'Administration du journal. (6-2)

PARIS. Quartier de l'Europe, CABINET DENTAIRE à CEDER pour cause de santé, fondé en 1890. — Loyer 2.000, appartement agréable et bien situé. — Rapport moyen 15.000. — Prix 20.000, y compris matériel et mobilier. — S'adresser à MM. Breitel et Goret, 1, rue Danté, Paris (5^e). (8-1)

SEINE-ET-OISE. Ville agréable, CABINET DENTAIRE à CEDER, rapport 30.000. — Loyer 1.200, peu de concurrence. — Prix 25 à 28.000 selon comptant. — S'adresser à MM. Breitel et Goret, 1, rue Dante, Paris (5^e). (9-1)

Ville Centre. CABINET A CEDER, onze ans d'existence. — Rapport 12.000 à 14.000. — Frais généraux minimes, loyer 700, fournitures 1.200. — A CEDER avec joli mobilier comprenant salon, cabinet, atelier et installation pour 6.000 dont 2.000 comptant. — S'adresser à MM. Breitel et Goret, 1, rue Dante, Paris (5^e). (10-1)

Ouest, petite ville, CABINET ANCIEN, faisant 25.000 affaires et 18.000 bénéfices nets. — Loyer 1.000. — A CEDER pour 25.000 moitié comptant. — S'adresser à MM. Breitel et Goret, 1, rue Dante, Paris (3^e). (11-1)

A CEDER de suite, pour cause de décès, dans petite ville du Midi, CABINET DENTAIRE créé depuis 9 ans avec deux succursales et un établissement de premier ordre, à visiter tous les 15 jours, faisant une moyenne de 12 à 14.000 francs, peu de frais. — Ce cabinet est géré depuis le décès par le père et le frère du défunt. — On laisserait le cabinet tout moderne et l'atelier, puis à débattre selon conditions et garanties. — S'adresser à M. Bousquet père, dentiste, à Carcassonne (Aude). (13-1)

A CEDER, par suite d'héritage, CABINET situé au Sud et à 4 heures de Paris. — Affaires 10 à 12.000 francs; loyer et impôts 700 francs. — Installation moderne. — Conditions de cession très avantageuses. — S'adresser aux initiales R. D. aux soins de MM. Raymond frères et C°, 22, rue Le Peletier, Paris. (15-1)

Emplois offerts.

Très importante maison du sud-ouest demande OPÉRATEUR très capable, patenté ou diplômé connaissant à fond BRIDGE-WORK, de préférence parlant anglais. — Ecrire par poste aux initiales P. V., aux soins de l'Administration du journal. (3-3)

On demande un BON OPERATEUR diplômé pour Paris. — S'adresser chez M. La Vigne, 36, rue de Rivoli, à Paris. (7-1)

DEMANDES ET OFFRES

PRIX d'une CASE, dans 3 numéros..... **8 francs.**
payable d'avance. (Pour les Abonnés de L'Odontologie. 5 *).

L'Administration de L'Odontologie est à la disposition des vendeurs ou acheteurs pour transmettre aux intéressés les lettres adressées aux initiales indiquées, mais il est bien entendu que son rôle se borne à cette transmission.

Emplois demandés.

JEUNE FILLE ayant travaillé chez un **dentiste**, sachant faire les **BLOCS** de **PORCELAINE ÉMAIL** (*porcelain inlays*), connaissant aussi bien l'*anglais* que le *français*, la *comptabilité*, la *correspondance*, travaillerait une partie de la *journee* chez un *dentiste*. — Ecrire par poste aux initiales **L.F.**, 10, aux soins de l'Administration du journal. (2-3)

Chirurgien-Dentiste, DIPLOME DE LA FACULTE DE MÉDECINE. Bon opérateur et connaissant la prothèse, **CHERCHE PLACE**, Paris ou Province. — Ecrire par poste aux initiales **M.T.**, aux soins de l'Administration du journal. (12-1)

DENTISTE ÉTABLI A NICE désirerait trouver *situat'on* opérateur ou remplaçant pendant l'été. D. E. M. P., bachelier, officier d'académie, représente bien, 27 ans, marié. — Habitué à la belle clientèle. Pourrait apporter matériel complet. — Ecrire à M. Abel Rozier, 12, boulevard Bonne-Nouvelle, à Paris. (14-1)

Divers.

Matériel complet de CABINET et d'ATELIER, moteur, le tout à vendre de suite, *compliant, après décès*; **Conditions exceptionnelles.** On donnerait à l'acheteur les noms de la clientèle. — S'adresser à Madame Lévy, 61, faubourg Saint-Martin, à Paris. (1-3)

Avis relatif aux DEMANDES ET OFFRES ».

La plupart du temps les confrères qui usent de nos « DEMANDES ET OFFRES » désirent garder l'anonyme ; aussi indiquent-ils presque toujours simplement dans ces annonces les initiales sous lesquelles les demandes doivent leur être adressées par les soins de l'Administration du journal, dont le rôle se borne à celle transmission et qui ne prend à l'égard des affaires annoncées aucune sorte de responsabilité.

L'administrateur rappelle aux intéressés que les lettres doivent lui parvenir par la poste avec l'adresse ainsi libellée : M. (initiales indiquées). Il les rend au facteur, sans les ouvrir, après en avoir complété l'adresse. Il ne peut donc personnellement donner aucun renseignement sur les affaires à traiter.

RENSEIGNEMENTS UTILES

La ligne: 20 francs par an, | **dans 24 numéros.**
Lignes en sus: 10 fr. la ligne

ALLIAGE DENTAIRE

Contenau et Godart fils, 7, rue du Bouloï, PARIS, TÉLÉPHONE 214.53.

CERTIFICAT D'ÉTUDES.

Institut des Langues et des Sciences. A. Debraux, dir., 17, fg. Montmartre.
 170 élèves reçus (noms et adresses publiés) ces dernières années. Examens de 1903 : 40 élèves reçus sur 50; 1904, 38 élèves reçus sur 46. Les 4/5 du cours de 1901, 1902, 1903 et 1904 reçus. Envoi des noms et adresses des diplômés.

CONTINUOUS GUM

B. Platschick, 3, rue Ventadour (*Laboratoire spécial*). TÉLÉPHONE 222.82.

DENTS XX^e SIÈCLE

D^r Carlier, seul concessionnaire pour la France, 61, rue de Flandre, PARIS.

FOURNITURES GÉNÉRALES.

Comptoir international, 15, avenue Fonsny, BRUXELLES.

Contenau et Godart fils, 7, rue du Bouloï, PARIS. TÉLÉPHONE 214.53.

Cornelsen, 16, rue Saint-Marc, TÉLÉPHONE 218.69.

Colin Logan fils, 113, rue Réaumur, près la Bourse, PARIS. TÉLÉPHONE 288.79.

H. Ningler et Lemesle, 12, rue des Immeubles industriels.

Reymond frères	22, rue Le Peletier, PARIS. TÉLÉPHONE 312.91. 44, place de la République, LYON. 69, rue de la Croix de fer, BRUXELLES. 3, rue Petitot, GENÈVE.
-----------------------	---

Victor Simon et C^{ie}, 54, rue Lamartine, PARIS. TÉLÉPHONE 269.45.

Société coopérative des dentistes de France, 45, rue de La Tour-d'Auvergne. TÉLÉPHONE 223.04.

Société Française de Fournitures Dentaires.	58 bis, Chaussée-d'Antin, Paris TÉLÉPHONE 214.47. Adr. télég. : Sociétents.	<i>Grande exposition, au dépôt de PARIS, de toutes les Nouveautés dans l'outillage de MM. les Dentistes.</i>
--	---	--

V^{re} J. Wirth, 22-24, avenue Philippe-Auguste, PARIS. TÉLÉPHONE 923.48.

RENSEIGNEMENTS UTILES

La ligne: 20 francs par an, } dans 24 numéros.
Lignes en sus: 10 fr. la ligne } la ligne

IMPRESSIONS EN TOUS GENRES.

A. Mellottée, imprimeur de *L'Odontologie*, à CHATEAUROUX.
 J. Fanguet, Georges Clotte, successeur, fournisseur de l'*École Dentaire*,
 28, rue d'Enghien, à PARIS.

MATIÈRES OBTURATRICES.

<i>Amalgame Fellowship.</i> <i>L'Or Universel.</i> <i>Ciment Fellowslip.</i>	Société Française de Fournitures Dentaires. TÉLÉPHONE 214-47.
--	---

OPALINE, MEUBLES ASEPTIQUES.

L. Deglain, 88 et 92, quai Jemmapes, PARIS.

PRODUITS ANESTHÉSIQUES.

<i>Anestile. Dr Bengué</i> , 47, rue Blanche, PARIS. <i>Anesthésique Wilson</i> , Central chemical Co, 34, rue de l'Échiquier, PARIS. <i>Hypnoforme</i> (chlorure d'Ethyle spécial). <i>Chloroforme</i> , chimiquement pur.	} Chevretin et Lematte, 24, rue Cau-martin. TÉLÉPHONE 245.56. <i>Anesthésique local du Dr R. B. Waite.</i> <i>Somnoforme.</i> <i>Stovaine Billon.</i>
--	---

PRODUITS PHARMACEUTIQUES

<i>Adrénaline Clin. Clin et C°</i> , 20, rue des Fossés-Saint-Jacques, PARIS. <i>Ampoules MOREAU pour l'Art dentaire</i> (cocaine, tropacocaine, etc.). <i>Ampoules MOREAU à la Stovaine</i> 1 et 2 cc — 2 fr. et 2 fr. 50. Paris, 5, Rond-Point de Longchamp, 45, rue de La Tour-d'Auvergne, Société coopérative. <i>Formyl-Géranium.</i> <i>Xyléna. Liquide antiseptique.</i>	} Société Française de Fournitures Dentaires. TÉLÉPHONE 214-47.
---	---

PROTHÈSE A FAÇON.

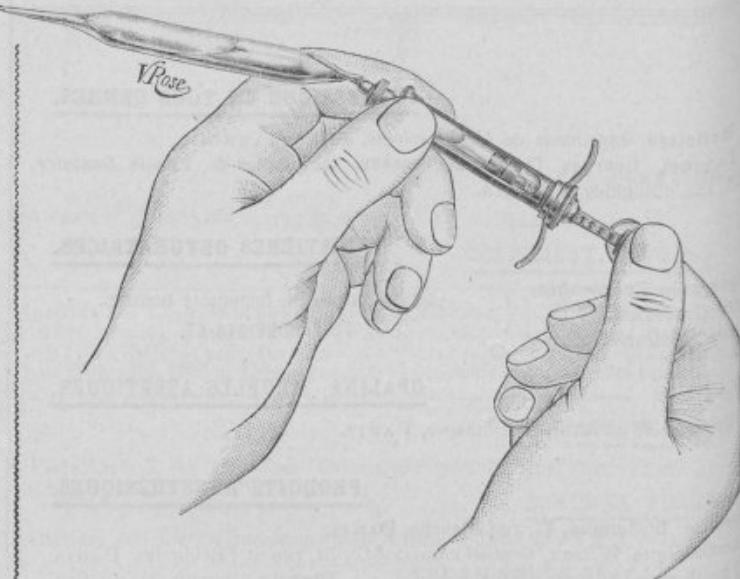
Lalement et Coutif, 5, rue de Laborde (Travaux artistiques). **TÉLÉPHONE 550.73.**
Pauchet, 23, rue Lemercier, Paris. *Travaux soignés, prix modérés.*
B. Platschick, 3, rue Ventadour (Laboratoire spécial). **TÉLÉPHONE 222.82.**

Nouvel Anesthésique local
LA STOVAÏNE-BILLON

SYNTHÈSE: Chlorhydrate de dyméthyl-amino-benzoïl-pentanol.

Deux fois moins toxique que la cocaïne

— PLUS D'ACCIDENTS DE VASO-CONSTRICTION PRODUITS PAR LA COCAÏNE —



Seule, la **STOVAÏNE-BILLON** a été l'objet d'un rapport spécial fait par M. BILLON à l'Académie de Médecine, le 29 mars 1904.

Se méfier des produits vendus sous le nom de Stovaïne qui n'ont rien de commun avec cette dernière.

Voir: *L'Odontologie*, 30 avril 1904, pages 377 à 390, article du Dr E. Sauvage, professeur à l'Ecole dentaire de Paris.

Les Archives de Stomatologie, avril 1904, pages 61 à 67, article du Dr R. Nogué.

La Revue de Stomatologie, avril 1904.

La Presse Médicale, 13 avril 1904, etc., etc.

En boîtes de 12 ampoules de 2 c/c Frs.	4 ⁹
— 50 — — — —	15 ⁹

DÉPOSITAIRES GÉNÉRAUX:

Société Française de Fournitures Dentaires

58 bis, Rue de la Chaussée-d'Antin, PARIS

Adresse Télégr.: SOCIÉDENTS-PARIS. Téléphone : 214-47

En vente dans tous les Dépôts dentaires de Paris & de Province,

Dépositaire Général en Belgique, L. Mairlot, 24, place Sainte-Gudule. Bruxelles.

L'ODONTOLOGIE

L'Odontologie est une TRIBUNE LIBRE, où toutes les opinions peuvent se produire; les signataires gardent l'entièbre responsabilité de leurs appréciations.

Travaux Originaux

DE L'INUTILITÉ DES COURONNES MÉTALLIQUES POUR LA CONSERVATION DES RACINES

Par M. le Dr M. ROY,

Dentiste des hôpitaux,
Professeur à l'Ecole dentaire de Paris.

(Communication faite à la Société d'Odontologie de Paris.
Séance du 7 février 1905.)

Se basant sur les heureux résultats obtenus pour la conservation des dents par l'application sur celles-ci de couronnes métalliques, on pense généralement que le coiffage des racines, dans les divers travaux exécutés sur ces organes (dents à pivots, bridges), a les mêmes heureux effets au point de vue de leur conservation. Ce principe est, je le crois, assez généralement admis pour qu'on ne se soit même jamais donné la peine d'en démontrer l'exactitude.

J'avoue que, pour ma part, j'ai longtemps pensé, comme la généralité de mes confrères, que le fait de coiffer des racines constituait un élément favorable pour leur conservation, idée admise ainsi en vertu de la puissance de ces *idées reçues* que l'esprit trop souvent accepte sans contrôle.

Aussi ai-je sans doute l'apparence de vouloir défendre un

paradoxe en venant essayer, comme je le fais ce soir, de vous démontrer que, contrairement à ces idées reçues, le coiffage des racines tel qu'il est pratiqué, loin de favoriser leur conservation, ne peut être au contraire qu'un agent favorable à leur destruction et, à tout le moins, qu'un accessoire inutile pour cette conservation.

Pour faire cette démonstration je m'appuierai uniquement sur des données anatomiques et physiologiques et sur le mécanisme, facile à contrôler, par lequel se fait la destruction naturelle des racines.

Pour la conservation des tissus de la couronne, les coiffes métalliques sont incontestablement efficaces et le raisonnement ne fait que confirmer les heureux résultats de la pratique. En effet, la dent étant soignée, les causes de destruction des tissus de la couronne, émail et ivoire, ne peuvent venir que de la périphérie, que la pulpe soit vivante ou non ; du centre, aucune cause de destruction ne peut venir ; au contraire même, si la pulpe est encore vivante, il peut se former du tissu de défense, dentine secondaire.

Par conséquent, en protégeant ces tissus à leur périphérie d'une façon complète, même après une ablation plus ou moins étendue, on fait une opération des plus rationnelles. En est-il de même lorsque l'on pratique cette opération sur une racine ? Après y avoir bien réfléchi, je n'hésite pas à répondre : non, incontestablement, le coiffage des racines n'est pas une opération rationnelle au point de vue de la conservation de celles-ci.

Résumons d'abord brièvement la façon dont se pratique le dit coiffage : la racine ayant été meulée au niveau de la gencive, on enlève, à la périphérie, à l'aide d'instruments variés — notre collègue Touvet en a présenté récemment un des plus ingénieux — on enlève, dis-je, une portion plus ou moins épaisse du pourtour de la racine, sur une étendue de deux millimètres environ et l'on ajuste, à la base de cette racine ainsi décolletée, suivant le terme de mécanique, une bague d'or fin qui vient remplacer la partie enlevée ; on soude sur cette bague une sorte de couvercle ajusté sur la

surface de section de la racine, ce qui vient compléter la coiffe. Le tout est scellé sur la racine avec ou sans adjonction de pivot ou de gaine pour pivot.

Voyons maintenant comment vit et comment se détruit une racine.

Dans une racine, la pulpe est toujours détruite¹, mais l'on sait que ces dents, bien que dénommées *dents mortes*, continuent à vivre d'une façon parfaite; c'est que, dans une dent morte, si la pulpe et l'ivoire ont perdu leur vitalité, il existe encore dans la dent deux tissus bien vivants, le cément et la membrane périradiculaire.

Ces deux tissus, qui assurent la vitalité de la dent dans ses rapports avec le maxillaire, sont les éléments indispensables d'une dent arrivée à l'état adulte, puisque celle-ci peut vivre sans pulpe, mais ne saurait subsister longtemps dans le maxillaire si son cément et son périoste ne sont pas dans un état d'intégrité suffisante.

Seul de tous les tissus durs de la dent, le cément continue à vivre après la disparition de la pulpe. C'est un tissu à peu près analogue à l'os dont il diffère peu; il est en rapport direct avec la circulation périostique qui assure sa nutrition. Aussi toutes les altérations périostiques retentissent-elles sur lui, déterminant soit des processus néoformateurs (exostose) ou régressifs (résorption, nécrose). Peut-être assure-t-il même dans une certaine mesure quelques échanges nutritifs, dans les couches les plus externes de l'ivoire radiculaire.

En résumé, dans une racine désinfectée et obturée, trois tissus de la dent subsistent: l'ivoire dépourvu de toute vitalité, le cément et le périoste continuant leur vie normale.

Si une racine avec son canal obturé est abandonnée à elle-même, que va-t-il se passer? Cette racine va s'excaver plus ou moins rapidement, de la périphérie au centre par

¹. Je fais abstraction de rares cas, comme celui que j'ai cité autrefois, où la pulpe peut être encore vivante dans une racine, ce qui peut tenir à diverses causes, mais n'offre aucun intérêt pratique, en outre de sa rareté, puisque le premier temps du traitement réside dans la destruction des filets radiculaires.

un processus analogue à celui de la carie commune ; mais ce processus destructeur ne s'attaquera pas indifféremment à l'ivoire et au cément, la destruction portera uniquement sur l'ivoire.

Le cément, au contraire, résistera à la destruction au point que l'on observe fréquemment des racines dont tout l'ivoire a presque totalement disparu, bien que le cément presque intact vienne affleurer le bord libre de la gencive, les racines se trouvant réduites à une simple gaine cémentaire.

Il résulte de tous ces faits anatomiques et pathologiques que, dans une racine, il est inutile de protéger le cément dans sa portion périostique par un revêtement métallique qui sépare ce tissu de sa source de vie, le périoste, qui par ses propres moyens en assure la nutrition et la conservation.

Si par surcroit, avant de placer ce revêtement métallique, on enlève une portion plus ou moins étendue de l'épaisseur de ce cément, on augmente encore de ce fait l'atteinte portée à la vitalité de cette portion cémentaire, qui a des chances de ne plus pouvoir vivre même par continuité de circulation avec la portion de cément intacte¹.

De plus, pour les mêmes raisons anatomiques, il serait illusoire d'espérer, pour un temps prolongé, conserver au-devant d'un tel revêtement métallique le feston gingival destiné à le masquer dans les dents antérieures.

La gencive, n'ayant plus pour la soutenir le périoste qui l'unissait à la racine, subit fatallement un travail de résorption plus ou moins complet qui met plus ou moins à découvert le revêtement métallique qu'elle recouvrait.

Par conséquent, pour une racine normale, réséquée jusqu'au niveau de la gencive, ce qui est généralement le cas quand on place une dent à pivot ou un bridge, le seul point qui ait besoin d'être protégé contre une destruction ultérieure, c'est la surface de section de l'ivoire et du cément, ce

1. Je laisse de côté dans ce travail l'influence fâcheuse indéniable de la destruction d'une portion du cément et du périoste sur la résistance de l'articulation dentaire.

dernier ne pouvant s'altérer, et encore difficilement, qu'à ce niveau.

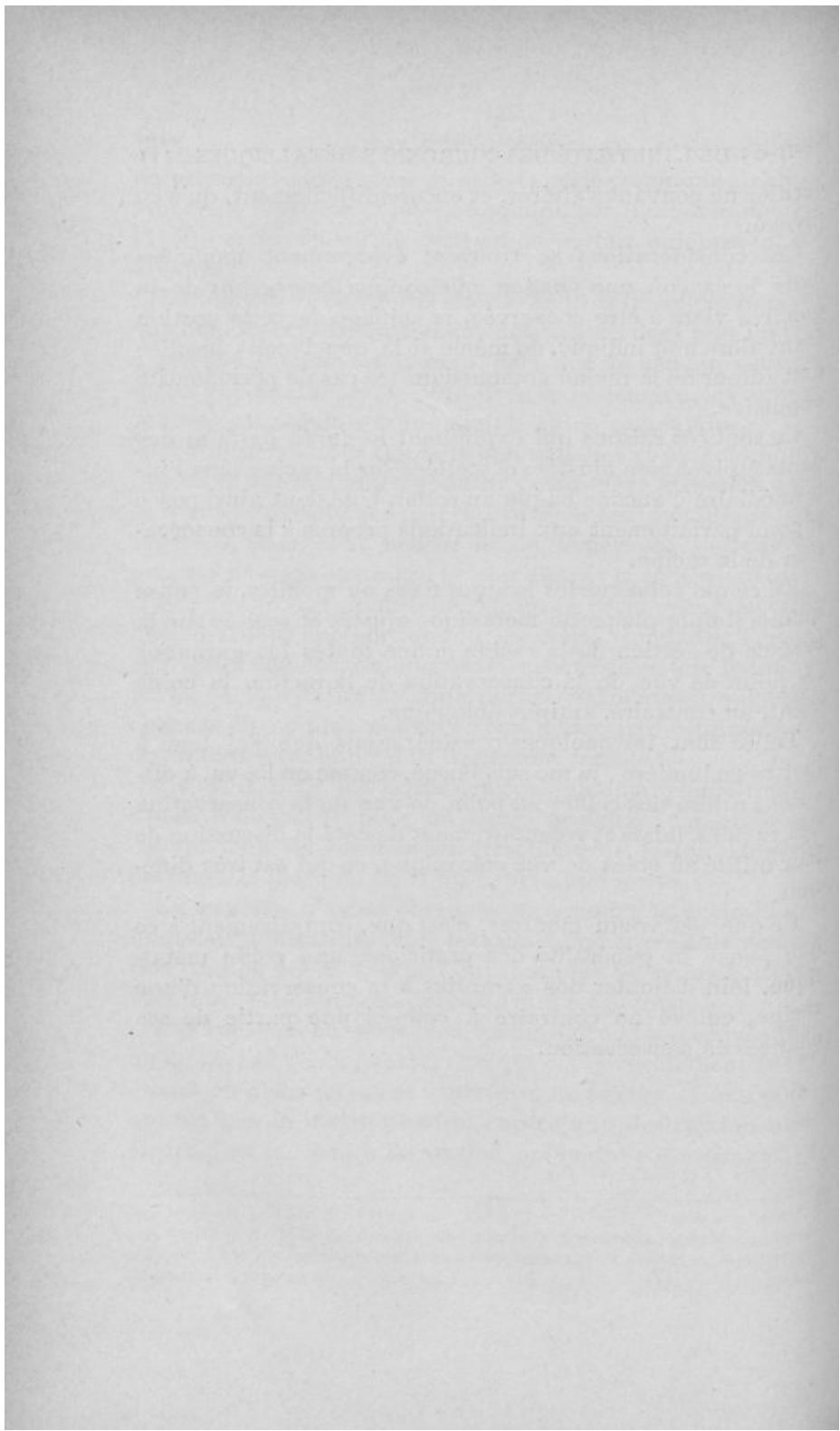
Ces considérations se trouvent évidemment modifiées dans le cas où une portion quelconque émergeant de la gencive vient à être conservée, le coiffage de cette portion étant alors tout indiqué, de même si la gencive est décollée tout autour de la racine comme dans les cas de périodontite expulsive.

Ce sont ces raisons qui expliquent la durée parfaite des dents à pivot bien ajustées et scellées sur la racine sans l'intermédiaire d'aucune baguette au collet. Une dent ainsi posée répond parfaitement aux indications propres à la conservation de la racine.

En ce qui concerne les bridges fixes ou mobiles, je pense qu'une simple plaquette métallique ajustée et scellée sur la surface de section de la racine donne toutes les garanties au point de vue de la conservation de la racine, la coiffe étant, au contraire, antiphysiologique.

Telles sont les quelques considérations que j'ai tenu à mettre en lumière ; je me suis borné, comme on l'a vu, à discuter l'utilité des coiffes au point de vue de la conservation des racines, laissant volontairement de côté la discussion de leur utilité au point de vue mécanique, ce qui est très différent.

Ce que j'ai voulu montrer, c'est que, contrairement à ce que pense la généralité des praticiens, une coiffe métallique, loin d'ajouter des garanties à la conservation d'une racine, enlève au contraire à celle-ci une partie de ses chances de conservation.



UN CAS DE MAL PERFORANT BUCCAL

Par MM.

BLATTER,
Professeur suppléant,

H. CH. FOURNIER,
Préparateur,
à l'Ecole dentaire de Paris.

(Communication faite à la Société d'Odontologie. Séance du 7 février 1905.)

Observation. — M. L., âgé de 72 ans, se présente à la clinique de l'Ecole pour une petite ulcération siégeant au niveau de la partie médiane du bord alvéolaire de la mâchoire supérieure. Ses antécédents héréditaires sont sans intérêt ; personnellement il a contracté la syphilis à l'âge de 19 ans ; il s'est toujours bien soigné et ne se rappelle pas avoir eu aucun accident. Depuis une dizaine d'années, il a cessé tout traitement. Pas d'autre passé pathologique. A l'examen de la bouche, on constate l'absence complète de dents à l'arcade alvéolaire supérieure, si nous en exceptons la canine droite. A la mâchoire inférieure subsistent les incisives, les canines, la première prémolaire droite, la première molaire gauche. A ce niveau les dents absentes ont été enlevées à la suite de caries pénétrantes. Il n'en est pas de même pour les dents absentes aux maxillaires supérieurs : celles-ci, tout à fait saines, sans cause appréciable, devenaient mobiles et furent enlevées, comme cueillies, avec la plus grande facilité. La dernière, l'incisive centrale droite, fut extraite (?) le 15 juin alors qu'elle était mobile depuis trois mois ; la cicatrisation s'effectua normalement. Cependant trois semaines plus tard, apparut une petite ulcération au niveau de la dent absente. Une exploration fut alors pratiquée : le stylet ramena deux petits séquestres ; les injections faites par la plaie buccale pour nettoyer le trajet fistuleux pénétrèrent dans les fosses nasales. Elles furent répétées une quinzaine de jours, après quoi le malade, en somme peu incommodé, cessa de se soigner : le diagnostic de sinusite maxillaire fut posé à cette époque.

Lorsque nous voyons le patient, celui-ci se plaint de l'écoulement — par son ulcération alvéolaire — d'un exsudat purulent et sanguinolent incessant, de saveur infecte. Il ne ressent aucune douleur. Nous constatons au niveau de la partie médiane de l'arcade alvéolaire supérieure, un peu portée sur la droite, une petite ulcération bourgeonnante sur les bords de laquelle on voit sourdre une goutte de liquide. Avec un

stylet, nous essayons de reconnaître le trajet fistuleux et, après quelques tâtonnements, nous arrivons dans les fosses nasales ; la fistule a un trajet presque vertical, légèrement oblique en haut, en arrière et à droite. L'exploration permet de constater la présence d'un séquestre assez volumineux, non mobile encore et en voie de formation. Ces recherches ne sont pas douloureuses, sauf lorsque le stylet pénètre dans les fosses nasales. Nous prescrivons localement des injections antiseptiques (eau oxygénée) en attendant la mobilisation du séquestre, que nous nous proposons d'extraire ; nous soumettons à nouveau le malade au traitement antisiphilitique (sirop de Gibert). Au bout de trois semaines, la canine droite est extraite sans difficulté, elle s'est progressivement mobilisée et est entièrement calcifiée. Sous l'influence du traitement local, l'écoulement purulo-sanguin est moins abondant, mais la lésion n'a rétrogradé en rien. Nous avons malheureusement perdu de vue le malade.

Nous avons cru devoir publier cette observation intéressante à plusieurs points de vue. Et d'abord à quelle lésion avions-nous affaire ? Nous avons écarté immédiatement le diagnostic antérieurement posé de sinusite, l'affection n'ayant ni l'histoire ni l'aspect de cette maladie. De même le diagnostic de perforation syphilitique ne pouvait résister à l'analyse : la lésion siégeait sur le bord alvéolaire, l'ulcération présentait une forme allongée le long de ce bord alvéolaire ; enfin le traitement mercuriel était demeuré sans action sur la marche de l'affection. Mais ne s'agissait-il pas tout simplement d'une nécrose du maxillaire consécutive à l'extraction de l'incisive centrale droite ? Ici la question était plus délicate à résoudre : toutefois la chute spontanée des dents au niveau des maxillaires supérieurs, tandis que subsistaient les organes sains du maxillaire inférieur, l'absence de tout phénomène inflammatoire au siège de la lésion, le caractère de l'ulcération, l'évolution lente de l'affection nous firent écarter cette hypothèse. Nous en vinmes à établir le diagnostic de *mal perforant buccal*, surtout après constatation chez notre malade de signes de tabes fruste (Argyll, diminution des réflexes rotuliens, etc.).

Le mal perforant buccal est bien connu aujourd'hui ; mais il est en somme assez rare en pratique pour que nous ayons voulu signaler notre cas : ici notamment le siège de l'affection

tion n'est pas celui que l'on trouve généralement. Le mal perforant s'installe dans la majorité des cas au niveau de la première molaire : ici l'ulcération s'était installée au niveau de l'incisive centrale droite. En outre la perforation est d'un diamètre restreint (3 millimètres) et ne fait pas communiquer la bouche avec le sinus maxillaire. Enfin nous n'avons pas remarqué d'autres troubles de sensibilité qu'une zone d'anesthésie d'environ 1 centimètre et demi de diamètre autour de la perforation.

Le pronostic dans le cas de mal perforant est lié à l'évolution de la lésion causale, l'ataxie locomotrice, comme l'a démontré Baudet. Localement nous nous attendions à voir augmenter un peu le diamètre de la perforation par suite de l'élimination du séquestre dont nous avions constaté l'existence : cette affection n'a pas d'ailleurs de tendance à s'étendre et la perforation ne dépasse jamais le diamètre de deux centimètres.

La thérapeutique est absolument impuissante contre le mal perforant buccal ; le traitement en est palliatif ; le port d'un appareil prothétique, obturant le trajet fistuleux du côté de la bouche, supprimera les troubles fonctionnels occasionnés par l'existence d'une communication entre la bouche et les fosses nasales. Il n'y a pas à espérer de guérison, le trijumeau étant directement atteint dans cette maladie, comme l'ont démontré des recherches histologiques encore récentes.

BIBLIOGRAPHIE

(Mal perforant et perforations syphilitiques de la voûte palatine.)

- Bacques, *Destruction du voile du palais par syphilis héréditaire ; prothèse.*
Rev. de Stomatologie. Paris, 1902, IX, 177-379.
Barberousse, *Perforation de la voûte palatine.* Poitou méd. Poitiers, 1900.
XV, 146-147.
Baudet, *Le mal perforant buccal.* Arch. gén. de méd., 1895, Th. de Paris,
1898 et Arch. de Stomat. I, 1^{er} janvier 1900, p. 2-5.
Beck (C.), *The closure of a cleft palate ; a preliminary report.* New-York,
Med. Journ., 1900, LXXI, p. 1139.
Bergeat (H.), *Plaques muqueuses der hinteren Rachenwand.* Münch. med.,
Wochenschr. XIV, 1898, p. 1500.
Blochbaum, *Syphilis in Nase, Rachen, Ohr und Auge,* Neuwied, 1897.

- Capdepont et Rodier, *Sur un cas de mal perforant buccal. Journ. des mā ladies cut. et syph.* Paris, 1903, XV, p. 420-431.
 — *Sur un cas de mal perforant buccal. Revue de Stomatologie.* Paris, 1903, X, p. 232-242.
- Carrière, *Atrophie progressive des arcades alvéolaires.* Th. de Paris, 1892.
- Chrétien, *Tumeur de la voûte palatine. Poitou méd.*, XV, p. 28-29, 1900.
- Coles (J.-O.), *On the treatment of defects of the palate produced by syphilis. Trans. Odontolog., Soc. of Gr. Britain*, II, p. 119-148, 1869-1870.
- Compaired, *Un cas de mal perforant de la bouche. Rev. hebd. de Laryngol. d'Otol. et de Rhin.*, XXI, p. 417-423, 1900.
- Danlos, *Perforation syphilitique précoce de la voûte palatine. Bulletin de la société française de Dermatologie et de Syph.*, IX, p. 92, 1898 et Ann. de Dermat. et de Syph., IX, p. 177, 1898.
- Dieu (A.), *Observation de perforation syphilitique du palais. Exposé des travaux de la Société des sciences médicales de la Moselle*, p. 216-220. Metz, 1866.
- Dolbeau, *Affection singulière du maxillaire supérieur caractérisée surtout par la disparition du bord alvéolaire. Bull. Soc. Chir.*, 1869.
- Du Castel, *Infiltration du voile du palais de nature lymphoïde. Bull. Soc. fr. Derm. et Syph.*, XIV, p. 12-15, 1903.
- Dudumi (V.), *Dublu santru sifilitic al boltei palatine Presa med. rom. Bucureni*, VI, p. 209-214, 1900.
- Duplay, *Les perforations syphilitiques du palais. Gaz. des hôp.*, 1892, LXX, p. 1065.
- Fischler, *Anwendung eines Sieb. Obturatores bei einem Falle von syphilitischer Perforation der weichen Gaumens. Arch. f. Zahnheilkunde*, n° 4, p. 2-4, 1900, 2 planches.
- Galippe, *Note sur le mal perforant buccal. Rev. de Stomatologie*, X, p. 467-473, 1903.
- Gaucher, *Perforation de la voûte palatine. Journ. de méd. et chir. prat.*, LXXV, p. 19, 1904.
- *Ulcère spécifique de la lèvre inférieure ; traitement des ulcérations des gencives. Journ. de médecine interne*, VII, p. 242, 1903.
- Ghazarossian, *Etude clinique sur la perforation syphilitique de la voûte palatine et son traitement.* Thèse de Paris, 1896.
- Herescu (J.), *Perforatio boltei palatina consecutiva sifilisulni. Spitalul VIII*, p. 188-192, 1888.
- Hill (B.), *Clinical lecture on tertiary syphilis of the soft palate and pharynx. Lancet*, I, p. 593-595, 1876.
- Hudelo, *Ulcère de la bouche d'origine tabétique. Ann. de derm. et de syph.*, 1893.
- Jaulusz (H. J.). *Plates and obturators for cleft palate cases due to syphilis. Dental Rev.*, XVII, p. 28, 1903.
- Kohn (M.), *Die Syphilis der Schleimhaut der Mund-Rachen-Nasen-und Kehlkopfhöhle.* Erlang. Enke, 1866.
- Labbé, *Affection singulière des arcades alvéolo-dentaires. Bull. de la Soc. de chir.*, IX, 1868.
- Larrey (F.-H.), *Sur les perforations et les divisions de la voûte palatine. Malteste et Cie, in-4° de 11 p.*, Paris, 1859.

- Lafontaine, *De la chute spontanée des dents dans le tabes*. Bordeaux, 1896.
- Lieven, *Beitrag zur Behandlung der flachenhaften syphilitischen Verwachungen der weichen saumens mit der hinteren Rachenwand*. Münchener medicinische Wochenschrift, XLII, p. 489-492, 1893.
- Lochte und Thost, *Die Erkrankungen der oberen Luftwege in der Frühperiode der Syphilis*. Beitrag fur Dermatologie und Syphilis, p. 411-444. Neumann, Wien, 1900.
- Mac Lean (D.), *A case of cleft palate*. California Med. Journ., XX, p. 61, 1900.
- Mac Garvin (L.), *A case of congenital syphilitic ulceration of the tongue*. Tr. Clin. soc., XXXVI, p. 239, 1902-1903.
- Magidot (E.), *Tumeur dure de la voûte palatine ; hypothèse d'une tumeur spécifique ; importance du traitement antisyphilitique*. Bull. Soc. Chir., X, p. 290-293, 1884.
- Majocchi (D.), *Sifilide del palato osseo e perforazione di osso (uranolisis (οὐρανίη λύσις) syphilitica) in rapporto con le lesioni sifilitiche del cavo nasale e di seni ; studii clinici anatomo-patologici e terapeutica*. Gaz. méd. di Roma, 1879, V, p. 97, 109, 121, 145, 169, 181, 203, 217, 241, 265 et 1880, VI, p. 77-89.
- *Sulla sifilide del palato osseo*. Raccagliatore med., XVII, p. 97-142, 1882.
- Manoha, *Atrophie du maxillaire supérieur*. Th. de Montpellier, 1885.
- Mireur (H.), *Syphilide gommeuse du voile du palais ; perforation ; prompte guérison*. Marseille médical, VI, p. 641-647, 1869.
- Pal (J.), *Ulcera luetica palati mollis et laryngis ; infiltratio lobi inf. pulm. sui*. (luetica) Heilung durch antiluetische Behandlung. Jahrb. d. Wien. kh. Krankenaut, 1895. Wien-Leipzig, 1897, IV, p. 63-65.
- Pinilla (A.), *Sintomas reumaticos y encefálicos ocurridos despues de una ulceracion palatina ; uso de los anti-sifiliticos ; curacion*. Gaz. med., IV, p. 193, Madrid, 1848.
- Quénu, *Perforation de la voûte palatine ; restauration par un procédé spécial*. Bull. Soc. de thérap., XIX, p. 369-374, 1893.
- Rossi, *Vasto ulcero sifilitico al palato molle con carie dell' osseo palatino, refrattario alla una mercuriale podica e guarito frontamente colle palycri antisifilitiche del Pollini*. Giorna. ital. delle ma veneree, VII, p. 221-224, 1872.
- Santi, *Contribution à l'étude de la chute spontanée des dents et du mal perforant buccal dans le tabes*. Th. de Toulouse, 1897.
- Schwartz (G.), *Un cas de perforation double de la voûte palatine avec présentation d'obturateur*. Montpellier médical, XVI, p. 310-313, 1903.
- Sabrazés et Fauquet, *Une complication du tabes non encore signalée. Nouvelle iconographie de la Salpêtrière*, p. 253, 1900.
- Sendziak (J.), *Ueberluetischen Primareffekt in der Mund-und Rachenöhle, sowie in der Nase und den Ohren*. Monatschrift fur Ohrenh., 1900, XXXIV, p. 419-427.
- Snell (J.), *Case of syphilitic perforation through the osseous palate closed by the application of the actual cautery*. London, M. Reprint., XXIII, p. 388, 1825.

- Ure, *Perforation of the soft palate from syphilis, producing rhinophonia and dysphagia; remedy by operation.* Lancet, II, p. 252, 1864.
- Vallin. *Des altérations trophiques des mâchoires dans l'ataxie locomotrice.* Soc. méd. hôp., 1879.
- Wroblewski (W.), *Primary syphilitic ulcer of the palatine tonsil.* Gaz. lek. Warzawa, XV, p. 1066-1067, 1895.
- Weissberg, *Troubles trophiques dans le tabes (mal perforant buccal).* Th. de Genève, 1898.
- Wickham, *Ulcérations buccales tabétiques.* Ann. de Derm., janv. 1894.

LA LUTTE CONTRE LA CARIE DENTAIRE DANS LES
ECOLES ET DANS L'ARMÉE*A propos de conférences faites dans le Département de l'Isère.*

Par M. CHATEAU,

Secrétaire général de la Société Dauphinoise d'Odontologie.

(Communication au Congrès de Grenoble, août 1904.)

S'il existe dans nos sociétés professionnelles une vérité admise par tous, c'est assurément celle qui fut consacrée par le Congrès international de 1900 lorsqu'il proclama la nécessité des soins dentaires dans les écoles et dans l'armée.

Tout d'abord, pourquoi a-t-on proclamé cette nécessité des soins dentaires dans les écoles et dans l'armée ? Parce que l'école et l'armée étant les deux seules collectivités par lesquelles tout le monde est obligé de passer, constituent deux vastes champs d'expériences, où, après avoir constaté le mal, l'on devra planter la bonne semence qui le tuerà.

En Angleterre, en Allemagne, aux Etats-Unis les vœux formulés par le Congrès de 1900 ont reçu tout au moins un commencement de solution. Chez nous, presque rien n'a été fait de ce côté.

Pour ma part, je crois que le Congrès de 1900, quelle que soit l'utilité des vœux qu'il a formulés en ce qui concerne l'école et l'armée, n'a fait qu'effleurer la solution sans la préciser. Il n'a fait qu'indiquer le mal sans donner les armes pour le combattre.

Avant de guérir, il faut prévenir. Avant de lutter contre le mal, il faut le montrer du doigt, le dénoncer ; c'est surtout ce rôle que nous devrions jouer vis-à-vis de la masse populaire.

Nous assistons aux progrès alarmants de la carie dentaire ; et au lieu d'avertir les enfants des écoles des dangers multiples du mal et de ses complications, nous étudions les moyens de guérir le mal ; ne ferions-nous pas mieux d'apprendre à l'enfant et au soldat comment ils peuvent éviter la carie dentaire ? Nous devons être les éducateurs de la masse populaire et y vulgariser sans relâche les principes d'hygiène bucodentaire, tels que nous les comprenons aujourd'hui. De petits opuscules peuvent aider à cette vulgarisation ; mais le moyen idéal, pour faire pénétrer dans les masses ces vérités de l'hygiène, c'est la conférence. Elle seule permet au praticien de lutter corps à corps avec l'ignorance ou l'incurie, de secouer les hésitations et de stimuler les énergies. Pénétré de cette vérité, j'ai entrepris dans notre région une série de conférences et c'est l'ensemble de mes efforts que je tiens à publier.

Je ferai grâce de tout le dédale administratif qu'il m'a fallu traverser pour arriver à l'autorisation officielle accordée à un chirurgien-dentiste de pénétrer dans l'école et dans l'armée. Si j'ai rencontré bien des obstacles, j'ai rencontré aussi bien des sympathies et je ne veux me souvenir que de ces dernières.

Si parfois quelques doutes assaillaient ma conscience touchant l'opportunité ou l'utilité de ces conférences, je revoyais le spectacle déplorable d'une jeune femme au facies émacié, vieillie avant l'âge qui était venue à ma consultation. Elle n'avait plus dans la bouche que quelques chicots écorchant la langue et les joues. Je constatais la présence de fistules, d'abcès en cours d'évolution, de nécroses et d'adénites. La déglutition du pus était venue infecter encore ce pauvre estomac délabré, surmené depuis longtemps et chargé, par surcroît, de suppléer à la mastication.

Pour éviter tout ce processus infectieux, il aurait probablement suffi que, dans l'enfance, ses parents lui eussent fait pratiquer l'hygiène buccale. Cette femme ne se rappelait pas ne pas avoir souffert des dents. Petite, elle pleurait toute seule, refusait de prendre la nourriture dont le contact exacerbait ses douleurs. A l'école, elle souffrait des dents ; elle devint maigre, mal portante. A 14 ans, la couronne des molaires avait disparu, les incisives supérieures étaient cariées sur les faces interstitielles. Les deux caries, avançant l'une vers l'autre eurent vite fait, en quelques années, de sectionner la couronne. Deux grossesses vinrent mettre le comble à cet état. Cette femme, qui avait déjà fait de la dyspepsie, devint réellement malade. Son organisme, dépourvu d'une alimentation normale, incapable de résister aux agents pathogènes, était voué à la tuberculose. Et, depuis lors, elle est morte tuberculeuse à l'hospice de la Tronche.

Cette histoire lamentable, à laquelle d'autres observations du même genre s'ajoutaient, me donna de nouvelles forces, et je résolus de lutter pour tâcher de vulgariser les principes d'hygiène buccale.

Et c'est alors qu'après avoir obtenu l'autorisation officielle, j'ai réussi à faire vingt conférences, dont treize dans les écoles et sept dans l'armée¹.

Etudions maintenant l'indication des conférences, leur forme, leurs détails différenciels suivant qu'il s'agit de l'école ou de l'armée. Quant aux conférences proprement dites, nous n'en parlerons pas, puisque nos confrères en connaissent parfaitement les matières.

Ecoles.

Ce qui caractérise l'utilité des conférences dans l'école, c'est ce fait indiscutable et précieux entre tous que le combat est engagé contre le mal *lorsqu'il est à son stade de début* et, par conséquent, lorsqu'on a toutes chances de réussite.

Jusqu'à ce jour, pour lutter contre la carie dentaire dans les écoles, il a été créé quelques dentistes inspecteurs. Leur rôle consiste surtout, en effet, à inspecter le mal ; ils ne peuvent songer à le guérir : le temps leur manque pour faire le traitement.

1. Depuis le mois d'août 1904, époque où fut écrite cette communication, l'auteur a fait un grand nombre de conférences avec projections soit dans les écoles ou lycées, aux instituteurs et aux enfants, soit dans l'armée (active, réserve, territoriale).

Dans quelques grandes villes privilégiées, des écoles dentaires soignent les écoliers ; mais, dans l'immense majorité des cas, la thérapeutique dentaire des enfants est sinon nulle, du moins absolument insuffisante. En effet dans certaines villes, une clinique dentaire existe en principe, mais ne fonctionne guère. Dans d'autres, la thérapeutique est esquissée en ce sens que les médecins inspecteurs, après avoir constaté le mal, envoient les enfants à un de nos confrères qui, malgré toute sa bonne volonté, ne peut guère que pratiquer les extractions et faire quelques pansements.

En un mot, *il y a une disproportion énorme entre le mal et la lutte contre le mal*. Il faudrait un dentiste spécial pour les écoles, il faudrait que ses honoraires fussent compris dans le budget municipal. Mais la création de dentistes scolaires entraînerait des dépenses considérables si l'on voulait faire les choses sérieusement et soigner toutes les dents atteintes dans un pays où la statistique dénonce 78 à 99 % des écoliers ayant des caries multiples.

Dans les collèges, les lycées de jeunes gens et de jeunes filles, nous voyons le nombre des dents cariées augmenter encore.

L'éducation de l'enfant est le seul moyen d'arriver dans un avenir plus ou moins éloigné, à un résultat. Elle sera réalisée d'une façon très simple, très directe et non dispendieuse par des conférences.

Ces conférences, nous les ferons en partie aux grands enfants de 12 ans. L'enfant est distrait, il oublie. Pendant la conférence il bâillera ou pensera à la prochaine partie de billes. Mais nous le ferons surtout à *l'instituteur*, qui, lui, peut mettre au service de notre cause son influence considérable sur l'esprit de l'enfant.

Les esprits réfléchis et éclairés, sont en effet d'accord pour reconnaître que, seule, l'influence suggestive et progressive du maître peut laisser une empreinte durable sur l'esprit de l'enfant.

En outre, la conférence aux instituteurs pourra être réellement scientifique. Elle intéressera sûrement ces hommes avides de connaissances nouvelles. Ils réfléchiront, et ils ne perdront pas une occasion de prêcher les règles de l'hygiène buccale, ils deviendront les champions passionnés de notre cause.

Conférences.

Pour obtenir l'autorisation, il faut d'abord la demander. Mais il ne faut la demander que si vous êtes sûr de l'obtenir, si vous avez préparé les voies, en intéressant à votre cause les autorités compétentes.

Personnellement, je fus amené tout naturellement à cette autorisation. Au cours des démarches multiples et particulièrement hérissées de difficultés que je fus obligé de faire pour obtenir l'autorisation dans l'armée, je fus conduit à soumettre mon projet à M. l'inspecteur d'Académie de l'Isère. Il me conseilla de m'adresser au Préfet du département, m'assurant qu'en ce qui concernait l'Académie l'autorisation me serait accordée immédiatement.

Le Préfet voulut bien me recevoir, écouter attentivement ma plaidoirie en faveur des enfants des écoles. M. l'Inspecteur d'Académie

voulut bien m'accorder l'autorisation que je sollicitais aux conditions suivantes :

- 1^o Les conférences auraient lieu un jour de congé;
- 2^o Les instituteurs seraient libres d'y assister ou non;
- 3^o L'administration n'aurait pas à intervenir dans les convocations.

Il faut donc choisir le jeudi ou le dimanche. Je croyais d'abord le jeudi préférable, mais l'expérience m'a appris qu'il n'en est rien. Presque tous les instituteurs sont, en effet, secrétaires de la mairie et profitent du jeudi pour mettre à jour les pièces officielles.

Je conseille donc de faire les conférences le dimanche, le nombre des auditeurs sera plus grand.

Il faut procéder par cantons, en convoquant à l'école du chef-lieu.

Il faut écrire préalablement au directeur de l'école du canton et le prier de réserver une salle d'école tel jour, à telle heure.

Il faut lui envoyer en même temps une copie de la lettre d'autorisation de l'inspecteur d'Académie, mettre un timbre pour la réponse et, aussitôt la réponse arrivée, envoyer les lettres de convocation à tous les instituteurs et institutrices du canton.

Je convoque par déférence le conseiller général, le conseiller d'arrondissement, le maire et l'adjoint de la ville, l'inspecteur de l'enseignement primaire, l'inspectrice de l'Ecole maternelle.

En outre, comme l'attention ne saurait être trop attirée sur l'hygiène buccale et qu'il ne faut oublier aucun moyen de propagande, je conseille d'inviter les médecins, les pharmaciens, les sages-femmes.

Quant à la conférence proprement dite, voici la forme à lui donner.

Il y a lieu d'utiliser la loi des contrastes. Après avoir expliqué brièvement le but de la conférence, il faut montrer le processus de la carie dentaire détruisant successivement les tissus dentaires, ses symptômes, ses complications multiples et ensuite lorsque l'on a montré du doigt le mal, on conclut : « Le remède simple tient en deux mots : hygiène dentaire. »

Le conseil comporte ainsi toute son efficacité. L'auditoire attend, il est prêt à recueillir les principes que vous allez lui donner, parce qu'il est averti de leur grande importance, par la première partie de la conférence. Il faut alors exposer clairement les règles de l'hygiène dentaire.

Au cours de la conférence, on aura dû insister spécialement sur ce point que les dents atteintes de caries non pénétrantes peuvent être soignées et guéries facilement et que la dent de 6 ans n'est pas une dent de lait.

En outre, il est bon d'indiquer les préjugés dentaires et de dire un mot de la lutte contre le charlatanisme.

On peut ensuite distribuer un petit opuscule où les matières de la conférence sont brièvement résumées.

La conférence est terminée. Ces maîtres qui, pour un instant se sont assis sur les bancs de l'élève, que vous avez vus à certains instants faire des signes d'approbation, prendre soigneusement des notes à mesure que vous parlez, vont maintenant vous assaillir de questions. Il est certain qu'ils ont compris et qu'ils vont devenir les champions ardents de la prophylaxie de la carie.

Voilà comment j'ai procédé; c'est dans cette voie que je conseille à mes confrères d'entrer franchement et courageusement.

Ces enfants qui, grâce à l'éducation spéciale des instituteurs, vont connaître le péril, s'attacheront à l'éviter. Par imitation d'abord, leur exemple sera suivi dans leur famille. Devenus hommes, ils auront à leur tour des enfants et peu à peu l'hygiène buccale pénétrera dans les masses populaires.

Armée.

Au point de vue de la lutte directe contre la carie dentaire, l'armée est la seconde collectivité car on ne peut plus prévenir le mal qui existe depuis longtemps et a déjà fait, dans bien des cas, des ravages considérables.

Mais néanmoins l'action professionnelle doit s'exercer avec ardeur dans l'armée, en ce sens que les hommes de 22 à 25 ans sont plus que tous autres disposés à recueillir la bonne semence, parce qu'ils ont souffert des dents et qu'ils apprécient d'autant plus les principes qu'on vient leur exposer.

En outre, il faut leur faire comprendre qu'une fois libérés, mariés, ils pourront rendre à leurs enfants un service particulièrement précieux, en empêchant à sa source la carie qui, faute d'hygiène buccale, occasionnerait à ces enfants les souffrances qu'ils ont eux-mêmes endurées.

D'une façon générale, l'extraction est dans l'immense majorité des cas la seule opération pratiquée dans les corps de troupes parce qu'elle seule est possible. Néanmoins, je ne veux pas dire que, quel que soit le degré de la carie, la dent est vouée fatalement à l'extraction.

Lorsqu'ils croient que la dent est guérissable, les médecins-majors, conscients de la véritable mutilation qui serait réalisée par l'extraction, envoient le soldat à un dentiste civil. Si l'on songe à généraliser, à rendre officielle cette façon de procéder, je crains fort que les résultats ne répondent pas aux espérances. Le dentiste civil se trouvera forcément amené, pour des raisons multiples, à négliger sa clientèle de soldats.

D'autres majors ont eu l'idée heureuse et pratique de profiter de la présence des étudiants en chirurgie dentaire pour organiser, grâce à eux, les soins dentaires. Le local choisi est généralement l'infermerie. A défaut de fauteuil, un siège quelconque est improvisé. L'étudiant possède les instruments indispensables. Voilà un progrès sérieux et caractérisé. Cette initiative doit être encouragée.

Il faut donc rendre un hommage mérité aux médecins militaires qui, déjà, ont prévu le danger et ont employé pour le combattre tous les moyens, malheureusement trop restreints, dont ils disposent.

Un d'entre eux a poussé si loin l'étude de la question qu'il a fait un devis exact de la dépense qu'occasionnerait une installation de dentiste régimentaire.

Un autre a fait soigner systématiquement la dentition des hommes d'un demi-bataillon, en négligeant l'autre moitié. En fin de compte et avec la même nourriture les hommes du demi-bataillon aux dents

soignées avaient augmenté considérablement de poids par comparaison avec les autres soldats.

Cette importance de soins dentaires est du reste, tellement évidente que dans plusieurs armées étrangères il existe des dentistes militaires : par exemple en Angleterre, en Allemagne, aux Etats-Unis. Ces dentistes font également des conférences sur l'hygiène buccale.

En France, nous n'avons ni conférences sur l'hygiène buccale, ni dentistes militaires. Si l'utilité des dentistes militaires en France, au point de vue des services qu'ils rendraient n'est pas contestable, il faut avouer qu'une création pareille ne peut se faire du jour au lendemain. C'est une organisation complète, un cadre nouveau et surtout une grosse dépense à inscrire au budget. Cette dernière raison suffit pour ajourner la création de dentistes militaires qui répondrait cependant à un besoin urgent.

Mais, sans nouvelles dépenses, le service de santé pourrait tirer parti précieux de la présence sous les drapeaux des étudiants en chirurgie dentaire qui, outre leurs connaissances professionnelles, possèdent un outillage très suffisant. Il faudrait également que chaque soldat possède une brosse à dents¹ et fût encouragé à s'en servir. Il faut lui enseigner, qu'à défaut de poudre, le savon est le dentifrice par excellence, le dentifrice populaire, celui de l'armée. Dans un lavabo devrait être placé en évidence un tonneau en verre ou un récipient contenant un antiseptique (eau phéniquée un pour 0/0, eau thymolée par exemple).

Les médecins militaires pourront varier à l'infini des formules d'antiseptiques. Les soldats, en se servant de leur quart pourront alors, après le brossage des dents, se garganiser la bouche et stériliser sur place, avant leur pénétration dans l'organisme, une foule d'agents pathogènes. Que de maladies générales seraient ainsi évitées par la pratique simple et élémentaire des bains de bouche antiseptiques. Les armées étrangères nous sont supérieures à ce point de vue. Je n'en veux pour preuve que le petit soldat japonais dans le sac duquel on trouve soigneusement enveloppée une brosse à dents.

De même dans les lavabos ou dans les chambres devraient être appendus des tableaux indiquant, en phrases propres à frapper l'esprit, l'importance de l'hygiène buccale au point de vue de la santé générale et les règles principales de cette dernière.

En résumé, le moyen le plus pratique dans l'état actuel consisterait à développer, à généraliser l'initiative prise par certains médecins-majors. C'est le moyen héroïque, parce qu'il ne vient pas grever le budget.

Mais encore faudrait-il réclamer de l'autorité militaire une mesure in-

1. La brosse à dents faisait autrefois partie de l'équipement militaire. On l'a supprimée sous prétexte que les soldats, au lieu de se brosser les dents, s'en servaient pour graisser leur fusil. Le fait, en lui-même, est exact. Ce qu'on aurait dû comprendre, c'est qu'il ne suffit pas de dire à un homme qu'il faut faire quelque chose, mais qu'il importe surtout de lui faire comprendre tout d'abord, *pourquoi* et *comment* il faut le faire. Lorsque l'homme connaîtra le péril, il l'évitera.

dispensable. Les étudiants devront être répartis de façon à ce qu'il y ait au moins un dentiste par garnison importante, pour visiter la bouche des hommes, soigner leurs dents, faire des conférences pratiques sur l'hygiène buccale et au besoin, confectionner quelques appareils indispensables.

Ces dentistes seront évidemment sous la direction des médecins-majors et il faut que ceux-ci, pour diriger et contrôler les opérations, aient reçu une instruction spéciale, au moins élémentaire.

Sans frais dispendieux, on arriverait parfaitement à ce résultat en faisant faire un stage à certains majors dans une école dentaire.

Si tous les médecins d'une promotion doivent apprendre les éléments professionnels, ceux-ci peuvent leur être enseignés à l'école de Lyon ou au Val-de-Grâce. Les majors apprendraient, outre la théorie, un peu de pratique, et se prépareraient à la direction effective des soins dentaires dans l'armée.

Conférences.

En ce qui concerne les conférences dans l'armée, je résolus de m'adresser aux officiers de la garnison pour appeler leur attention sur l'hygiène buccale dans l'armée.

Je passe sous silence les démarches que j' fis auprès du général commandant, puis à l'état-major du 14^e corps d'armée et à Paris auprès du médecin inspecteur, directeur du service de santé au Ministère de la Guerre. L'autorisation officielle me fut transmise par l'état-major du 14^e corps d'armée, mais à cette condition que les conférences auraient lieu en dehors des bâtiments militaires.

Je dus alors demander une salle d'école, mais pour l'obtenir, je dus attendre que la demande passât successivement par la municipalité, la Préfecture et l'Académie.

Je pus enfin réunir les officiers dans une salle d'école et leur faire une conférence analogue à celle des instituteurs, dans laquelle, après leur avoir montré les causes de la carie, ses ravages et ses complications, je les priaï d'user de leur autorité morale sur les hommes pour les encourager à pratiquer l'hygiène buccale.

Cette conférence eut ce résultat que plusieurs chefs de corps me prièrent de faire une conférence pratique à leurs sous-officiers.

J'appris alors par eux qu'une circulaire ministérielle récente déléguait aux chefs de corps l'autorisation de permettre, *sous leur propre responsabilité*, certaines conférences dans les corps de troupes.

Quel sera donc le plan de votre conférence à l'armée? Tout d'abord, en vertu des règles de la déontologie, il faut aller faire une visite au médecin-major, lui exposer le but que vous poursuivez.

Le major ne verra aucun inconvénient à cette conférence ; mais vous aurez rempli un devoir de déférence envers lui. Vous allez ensuite trouver le colonel et vous lui demandez l'autorisation.

Vous ferez d'abord une conférence aux officiers, ensuite aux instructeurs, à ceux qui sont en contact direct et permanent avec le soldat, c'est-à-dire aux sous-officiers, caporaux, ou brigadiers et élèves.

Pour un régiment, vous aurez donc une conférence aux officiers,

deux conférences aux sous-officiers de deux bataillons à la fois. Si néanmoins vous possédez un local spacieux et une voix de stentor, une seule suffirait pour ces derniers.

Ces deux conférences doivent être entièrement différentes, car vous vous adressez à deux auditores différents. Il est évident que le fond restera le même : montrer le processus destructif de la carie, ses complications, sa gravité ; montrer d'autre part la simplicité de l'hygiène buccale qui évitera tout ce mal et en même temps annihilera les germes pathogènes qui résident dans la bouche. Mais la forme changera entièrement.

Pour la troupe, il faut être bref, concis, il faut parler fort, presque brusquement, employer des mots expressifs. Il faut pour ainsi dire tenir constamment en haleine son auditoire d'occasion, lui en imposer.

J'insiste sur ces qualités indispensables au conférencier. Il faut aussi être le plus court possible. Mes conférences durent une demi-heure ou 35 minutes, c'est le maximum que l'on puisse demander aux soldats. Lorsque la conférence est sur le point d'être terminée, il faut, en quelques phrases concises, résumer la question pour bien frapper leur esprit.

La conférence terminée, quelques-uns des assistants, au lieu de sortir franchement de la salle, hésitent, laissent passer les autres, puis s'approchant d'un air timide, font le salut militaire et posent mille questions. Ils n'ont pas très bien compris telle ou telle chose. Ils demandent quel est le meilleur dentifrice, le meilleur antiseptique. Il est évident qu'ils ont été intéressés, qu'ils se rappelleront. Votre but est atteint, vos efforts sont récompensés¹.

Lorsque la conférence est faite aux officiers le plan est tout autre.

Nous sommes en face d'hommes dont la culture intellectuelle, les études antérieures nous permettent des considérations scientifiques. Il faudra donc, très brièvement, leur donner des principes élémentaires d'histologie dentaire, de façon à leur montrer ensuite la carie qui peu à peu va détruire ces tissus. Il faudra ensuite passer rapidement en revue les complications de la carie, en donnant sur chacune d'elles une explication concise et surtout insister sur ce fait que l'hygiène buccale préventive eut empêché tous ces désordres qui menacent la santé générale.

Il faudra examiner ensuite ce qui a été fait jusqu'à ce jour dans l'armée au point de vue dentaire ; noter l'existence des dentistes militaires étrangers, indiquer enfin les conditions dans lesquelles la lutte contre la carie dentaire pourrait être réalisée dans l'armée.

Dans toutes ces conférences, les projections lumineuses ne pourront être que fort utiles parce qu'elles fixent nettement dans l'esprit les points principaux sur lesquels l'attention doit être particulièrement attirée.

Voilà les conditions dans lesquelles ont été faites ces diverses con-

1. Un capitaine me disait récemment que, depuis ces conférences, une vingtaine d'hommes de sa compagnie avaient acheté des brosses à dents et qu'ils s'en servaient journellement.

sérences. J'ai cru bon de montrer le résultat de mes efforts et de mon expérience à cet égard, parce que je suis persuadé que je suis sur la bonne voie.

Il m'a fallu beaucoup de temps, beaucoup de démarches, beaucoup de patience. Il m'a fallu vaincre certains obstacles, contourner les autres, plaider sans cesse la cause de la souffrance humaine, répondre aux contradicteurs, stimuler les bonnes volontés, convaincre les indifférents, qu'importe, puisque je n'ai fait que mon devoir.

Il faut donc que cette tentative localisée ne soit pas perdue, que cet exemple ne reste pas sans imitateurs. C'est un premier pas effectué dans la bonne voie ; le sentier est tracé, il faut le suivre et l'élargir.

Multipliez ces conférences : vous rendrez un service précieux à vos semblables, vous aurez la conscience d'avoir fait une œuvre utile, et ce qui n'est pas négligeable, vous aurez attiré l'estime publique sur la profession tout entière.

Conclusions¹.

1^o La lutte contre la carie dentaire ne peut être réalisée d'une façon efficace que par *l'hygiène buccale préventive* qui, seule, permet d'atteindre et de combattre le mal à son stade de début.

2^o Pour faire pénétrer dans le peuple les principes d'hygiène buccale, il faut s'adresser aux diverses collectivités sociales et surtout à celles par lesquelles tout le monde est forcé de passer : l'école et l'armée.

3^o *Ecoles.* — Au lieu d'organiser dans les écoles des dispensaires coûteux et forcément insuffisants, au lieu de poursuivre un mal sans cesse renaissant, il faut surtout s'attacher à dénoncer le péril, à prévenir le mal pour n'avoir pas ensuite à le combattre ou, du moins, pour limiter considérablement les cas où il devra être combattu, il faut enseigner l'hygiène buccale aux enfants des écoles.

4^o Ces principes d'hygiène buccale ne peuvent être enseignés efficacement à l'enfant que par celui qui, à force de patience, de méthode et de dévouement possède le secret de l'éducation, par *l'instituteur*. Lui seul, dont l'influence morale est considérable, pourra arriver à faire pénétrer dans ces jeunes esprits les vérités de l'hygiène, qui, grâce à lui, entreront dans les plus humbles villages.

5^o Cette éducation de l'instituteur ne peut s'effectuer qu'au moyen de conférences faites par le chirurgien-dentiste. Celui-ci expliquera le processus de la carie dentaire et de ses complications, leur influence, quelquefois très grave sur la santé générale. Il montrera, par contre, la nécessité et la simplicité de l'hygiène buccale dont il donnera les règles pratiques. Il insistera sur le rôle précieux que peut jouer l'instituteur dans la lutte contre la carie dentaire.

6^o Des petites brochures, des placards apposés aux murs des écoles ne pourront qu'entretenir et aider puissamment les conseils donnés par l'instituteur.

1. Ces conclusions ont été transformées en vœux par la Section d'Odontologie de l'A. F. A. S. (Congrès de Grenoble).

L'idéal serait de faire nettoyer les dents des enfants à l'école même, de façon à leur donner l'habitude de l'hygiène buccale. Mais, sans aller jusque-là, le maître pourrait, de temps en temps, regarder si les enfants prennent ou non des soins de bouche, de même qu'il regarde s'ils ont la figure, les mains et les ongles propres. Ce serait une sanction.

7^e *Armée.* — Les soldats sont d'autant plus préparés à recevoir les conseils d'hygiène buccale, qu'ils ont déjà, pour la plupart, cruellement souffert. Plus tard, ils seront soucieux d'épargner à leurs enfants les mêmes souffrances et de contribuer ainsi à répandre les bons principes.

8^e Les soins dentaires dans l'armée répondent à un besoin *véritable et urgent*, digne d'attirer l'attention des pouvoirs publics. La solution la plus pratique et la moins dispendieuse consiste à utiliser les connaissances professionnelles des étudiants en chirurgie dentaire appelés sous les drapeaux. Leur recrutement devra être modifié de telle façon qu'ils soient répartis dans tous les corps de troupes ou, au moins, dans chaque garnison importante.

9^e Ces soins dentaires doivent être donnés sous la surveillance de médecins-majors dont l'éducation spéciale pourra s'acquérir soit par un stage dans une école dentaire, soit par la création d'un dispensaire dentaire militaire au Val-de-Grâce ou à l'Ecole de Lyon.

10^e *Les soldats doivent posséder une brosse à dents*, et, à défaut de dentifrice, ils doivent employer *du savon*. Un tonneau contenant une solution antiseptique doit être placé en évidence dans les lavabos. Des placards apposés aux murs des lavabos ou de chambres résument en quelques phrases nettes et concises, propres à frapper l'esprit, les règles de l'hygiène buccale et son importance. La réalisation des soins dentaires dans l'armée doit nécessairement être complétée par des théories pratiques et des conférences faites par les médecins-majors ou les étudiants.

Ceux-ci devront s'attacher à bien expliquer aux soldats l'importance de l'hygiène et de l'antisepsie buccale qui détruit dans l'antichambre de l'organisme les agents pathogènes qui n'attendent qu'une occasion favorable pour l'envahir tout entier et provoquer une maladie quelquefois mortelle.



REVUE DE L'ÉTRANGER

LES PROGRÈS MODERNES DE L'ORTHODONTIE

Par ROBERT DUNCAN M'BRIE, D.D.S., de Dresde¹.

(Traduction de M. H. Ch. Fournier.)

Il s'est fait de tels progrès dans la science de l'orthodontie pendant ces dernières années qu'une ère nouvelle s'est ouverte dans son histoire. Elle repose maintenant sur des fondements scientifiques. Autrefois, dans la correction des malocclusions dentaires, le dentiste avait, comme principal but, la correction de la partie antérieure des arcades dentaires en vue de donner une meilleure apparence aux dents antérieures et d'une façon générale à l'expression de la physionomie ; il n'avait aucun critérium de perfection à atteindre dans ses résultats. Mais maintenant nous avons des degrés de perfection, et, en appliquant les progrès récents réalisés dans le travail de la mobilisation des dents, nous pouvons exécuter notre travail avec une précision mathématique. L'orthodontie est sortie du domaine de l'inconnu. Elle occupe aujourd'hui un rang qui en fait une spécialité véritable et qui lui permet de revendiquer une place dans notre art. La véritable pratique de l'orthodontie n'a que peu de rapports avec la dentisterie proprement dite. C'est une spécialité et elle doit être considérée comme telle. En traitant ce sujet des développements modernes de l'orthodontie, je vais essayer d'établir clairement les passages essentiels suivants, de l'application intelligente des principes de l'art accompagne la pratique de l'orthodontie, les résultats esthétiques atteints donnent à l'opérateur une satisfaction et un plaisir que ne peuvent procurer que bien peu de choses en orthopédie. On ne peut séparer l'orthodontie de l'esthétique.

Notre travail a des rapports directs avec la modification des lignes et de la silhouette générale du visage humain, et lorsqu'une application intelligente des principes de l'art accompagne la pratique de l'orthodontie, les résultats esthétiques atteints donnent à l'opérateur une satisfaction et un plaisir que ne peuvent procurer que bien peu de choses en orthopédie. On ne peut séparer l'orthodontie de l'esthétique.

1. Extrait du *Dental Review*, novembre 1904.

M. le Dr Angle nous demandant de publier la réponse qu'il a adressée aux différents journaux américains touchant l'article de M. Bride, nous avons pensé utile pour nos lecteurs de faire précéder cette réponse de l'article en question.

du visage. Une parfaite connaissance de cette dernière est absolument inséparable du succès de l'orthodontie. L'orthodontiste doit tenir compte des rapports esthétiques des principaux traits du visage ; et, en appliquant ensuite les principes scientifiques de l'orthodontie, il peut, suivant son talent et son habileté, modifier, transformer les traits imparfaits en ceux qui font l'harmonie et la beauté de la face. Au contraire le spécialiste sans talent, n'ayant pas la perception exacte de l'idéal vrai, peut opérer dans une telle ignorance de l'esthétique faciale — et c'est fréquemment le cas — que, loin d'améliorer l'aspect général du visage, il peut obtenir des résultats encore plus déplaisants que ne l'étaient les conditions originales. L'orthodontiste, comme l'artiste, doit être doué par la nature d'un talent spécial qui le rend capable, dans chaque cas, de se rapprocher aussi près qu'il est possible de la conception artistique de la beauté humaine. Pour atteindre cette réalisation du type artistique, il doit avoir une conception nette des proportions parfaites des diverses parties de chaque type. Il doit être capable d'apprécier un manque d'harmonie dans l'équilibre du front, du nez, des lèvres et du menton de chaque individu. L'étude artistique du visage de l'homme est excessivement intéressante, et nous qui nous sommes cantonnés dans cette partie de l'art dentaire, nous sommes spécialement favorisés dans l'acquisition des connaissances ayant trait à ce captivant sujet.

La partie susceptible de modifier l'expression et la beauté du visage est limitée à une petite surface environnant immédiatement la bouche. Le contour esthétique de cette surface, d'où dépend l'expression générale dépend des dents dans une large mesure. Conséquemment toute malocclusion dentaire nuira, à un degré variable, à l'expression de l'ensemble des traits. Autrefois les orthodontistes admettaient d'une façon générale que le type parfait du contour du visage était basé sur la conception géométrique des lignes du visage, beaucoup de ces lignes étant personnifiées dans la tête de l'Appollon du Belvédère, ce chef-d'œuvre de l'art grec. L'expérience nous a appris que l'harmonie parfaite de la surface expressive du visage dans un cas donné ne peut être obtenue que lorsque toutes les dents sont présentes et lorsque chaque dent est dans sa situation normale. Quand nous avons rétabli ces rapports des dents avec l'harmonie générale, nous pouvons être satisfaits et notre habileté a invariablement corrigé l'expression troublée de la bouche et ses relations avec l'ensemble des traits.

Il semble parfois qu'il existe un manque d'harmonie immédiatement après l'arrangement normal des dents. Ceci est dû à l'arrêt ou au développement excessif de l'alvéole, qui a été causé par les anomalies antérieures des dents : mais, quand la disposition normale des dents a été rétablie, la nature achève bientôt le développement de l'alvéole et par là donne aux traits de la face de l'individu un équilibre et des proportions qui caractérisent son type.

Il n'est pas douteux que cette théorie de conserver toutes les dents, dans le but de produire la plus grande harmonie dans toutes les lignes du visage, se trouve en opposition absolue avec celle des praticiens qui pratiquent d'une main si prodigue les extractions pour faire de la

place aux dents trop serrées et leur donner une position plus régulière. On de saurait trop s'élever contre de telles mutilations de l'appareil de la mastication. Je m'efforcerai de prouver par les treize cas que je soumets à votre examen qu'il est mauvais, tout à fait mauvais, d'extraire une bicuspidé ou une molaire dans le but de traiter une malocclusion dentaire. La plus grande difficulté que j'aie rencontrée a été le traitement de certains cas où un dentiste avait commis la faute irréparable d'extraire les premières molaires ou les bicuspidés, voire même une incisive ou une canine.

Ce n'est pas sans satisfaction que l'orthodontiste a accueilli, en 1900, la classification de l'Angle pour les malocclusions des dents. Cet orthodontiste distingué a fait le premier pas dans cette ère nouvelle de l'histoire de cette grande branche de la science dentaire, en faisant de l'occlusion le point principal de ses recherches, en définissant l'orthodontie la science qui a pour objet la correction des malocclusions dentaires.

L'étudiant en orthodontie doit, pour comprendre l'importance d'une malocclusion, savoir exactement ce qu'est une occlusion normale, comment elle se présente, autrement en essayant de corriger des fautes, il n'obtiendra souvent pour résultat qu'un simple changement d'une imperfection en une autre plus grave.

Les limites de ce court travail ne me permettent pas de donner une description anatomique de l'occlusion des dents : établissions tout simplement que quand les dents présentent une occlusion normale, les plans en rapport présentent la plus grande surface possible utilisable dans la mastication et établissent entre les dents un contact réciproque.

La base de l'occlusion dentaire est la position relative des premières molaires ; l'occlusion normale est réalisée quand le tubercule mésio-buccal de la première molaire supérieure est reçu dans le sillon buccal de la première molaire inférieure. Si les premières molaires s'engrènent normalement, l'éruption des autres dents, en avant et en arrière d'elles, est possible. Si les premières molaires s'engrènent d'une façon anormale, soit du côté mésial, soit du côté distal, toutes les dents antérieures et postérieures à ces premières molaires feront leur éruption et s'articuleront d'une façon nécessairement anormale, soit du côté mésial, soit du côté distal, suivant l'engrènement des premières molaires. Et si la disposition des deux arcades dentaires dépend si largement des rapports réciproques des premières molaires, est-il bien difficile de comprendre toute l'importance de ces dents. Ne devons-nous pas leur accorder une attention toute spéciale, et les traiter avec toute notre habileté, afin de remplir, par leur préservation, le but que s'est proposé la nature ?

Autrefois nous pouvions corriger toutes les malocclusions sans procéder à l'extraction d'une ou de plusieurs dents — sauf dans les cas où les rapports mésiodistaux de l'un des côtés ou des deux côtés des arcades dentaires étaient anormaux. Lorsque cette anomalie était causée par un arrêt de développement du maxillaire inférieur, la correction esthétique des lignes faciales et l'établissement de l'occlusion normale étaient maintenus par la propulsion en avant du maxillaire inférieur. Fréquemment, dans les cas d'anomalies de rapports mésio-distaux des

arcades dentaires, il était impossible d'établir une occlusion normale même partielle, malgré l'application la plus intelligente des forces continues en orthodontie ; mais récemment, par l'introduction et le développement de ce que l'on connaît sous le nom d'ancrage de Baker, le traitement de ces cas ennuyeux et difficiles s'est trouvé si merveilleusement simplifié que maintenant une anomalie mésio-distale de rapports entre les dents peut être corrigée d'une façon parfaite avec une facilité et une rapidité étonnantes. En fait, l'application de cette force réciproque a pratiquement révolutionné la pratique de l'orthodontie.

Avant de discuter les mérites et les applications possibles de cette forme d'ancrage, je demande à appeler brièvement votre attention sur le diagnostic des malocclusions dentaires. Comme je l'ai indiqué, pour établir un diagnostic correct dans tous les cas de malocclusion, il est essentiel d'avoir une connaissance précise de l'occlusion normale et de l'harmonie des lignes du visage dans le type donné. A moins que ces types ne soient entièrement fixés à l'esprit de chacun de façon à former une base permettant de raisonner et de remarquer avec une parfaite intelligence les différentes variations, les déviations du type normal, les bornes des anomalies seront bien indécises et la réalisation de l'harmonie dans l'occlusion et les lignes du visage sera bien incertaine.

Le manque de compréhension des principes fondamentaux de l'occlusion donne naissance à cette croyance que chaque cas diffère de tous les autres, nécessitant dans chaque cas l'invention et la construction d'un appareil destiné à remplir des attributions spéciales. Ces idées erronées étaient largement entretenues dans la profession avant l'introduction dans la science de la classification d'Angle. Cette classification a apporté non seulement avec elle une connaissance approfondie des principes de l'orthodontie, mais aussi une simplification plus grande des appareils nécessaires à la correction des malocclusions.

Dans le diagnostic des malocclusions, nous devons considérer : d'abord les rapports mésio-distaux des maxillaires et des arcades dentaires; ensuite la position individuelle des dents, enfin les traits du visage. Tout naturellement, l'occlusion des premières molaires a été choisie pour noter les variations par rapport au type normal des arcades dentaires. Le point d'élection, employé pour indiquer les rapports mésio-distaux normaux ou réciproques des arcades dentaires est le tubercule mésio-buccal de la première molaire supérieure, qui, comme nous l'avons établi, doit être reçu dans le sillon buccal de la première molaire inférieure. Si les premières molaires ont une occlusion normale, il est possible aux dents suivantes, au fur et à mesure de leur éruption de prendre leurs rapports normaux mésio-distaux. Cependant, il n'est pas rare que ces dents fassent néanmoins leur éruption dans des positions anormales. Dans de tels cas, il est tout indiqué de placer les dents en anomalie de position sur leur ligne correcte d'occlusion. Ce traitement doit nécessairement amener une harmonie complète des arcades dentaires et une occlusion parfaite de toutes les dents, car les rapports des premières molaires, point de départ, véritable base de l'occlusion, sont normaux.

Le remède le plus simple, le plus pratique et le plus efficace pour

corriger de telles malocclusions consiste dans l'expansion de l'arcade ; quand elle est intelligemment pratiquée et maintenue par des ligatures métalliques, elle a une grande efficacité et suffit largement à créer une arcade dentaire parfaitement normale.

Si les molaires inférieures, en prenant leur position, s'engrènent avec leur antagoniste anormalement, déviées du côté distal ou du côté mésial, chacune des dents suivantes sera forcée de prendre une position mauvaise et le résultat sera une malocclusion complète de l'un ou des deux côtés des arcades dentaires, suivant le cas.

Le traitement de ces malocclusions est nettement indiqué : nous ne pratiquerons pas l'extraction d'une dent ou de plusieurs dents ; nous devons corriger la cause de la difformité en plaçant les premières molaires, clef initiale naturelle d'une occlusion parfaite, dans leurs rapports normaux. On atteint ce but de la façon suivante : dans les cas où l'arcade dentaire inférieure est déviée dans le sens distal, on transporte toutes les dents supérieures du côté distal et toutes les dents inférieures du côté mésial ; ou bien dans des cas particuliers, si l'esthétique du visage le demande, nous avancerons en bloc le maxillaire inférieur, jusqu'à ce que nous ayons établi un engrenement normal des premières molaires, les relations normales des plans d'occlusion et l'harmonie des arcades dentaires.

Pour obtenir ce déplacement mésio-distal des dents, les arcades d'expansion, tubes attachés aux *clamp-bands* sur les premières molaires, sont fixées aux arcades des maxillaires inférieure et supérieure ; la force nécessaire est produite au moyen de bandes élastiques qui nécessitent un crochet à gaine, fixé à la surface inférieure de l'arcade d'expansion supérieure dans les régions des cuspides et à l'extrémité de la partie distale des tubes des bandes des premières molaires inférieures.

La force employée est réciproque : elle opère dans le sens distal sur l'arcade dentaire supérieure, dans le sens mésial sur l'inférieure, et ses applications possibles jointes à son emploi intelligent ont, comme nous l'avons dit ci-dessus, accompli une véritable révolution dans la pratique de l'orthodontie. Avec l'association de l'expansion des arcades qui s'adapte dans tous les cas à la correction des malocclusions concomitantes des dents, nous avons, dans cet appareil d'ancrage réciproque pour la correction de toute anomalie dans les rapports des arcades dentaires dans le sens mésio-distal, un appareil remarquable par la simplicité de sa construction, sa facilité d'adaptation et de manipulation qui permet, si on l'emploie judicieusement, de corriger les cas les plus compliqués avec une rapidité surprenante et un confort absolu pour le malade.

Les arcs servant à l'expansion des maxillaires devront avoir également des écrous ayant leur action en avant des bandes fixées aux molaires.

Ces écrous permettent à l'opérateur de contrôler aussi parfaitement qu'il est possible le mouvement des deux arcades dentaires : en effet, en serrant ces écrous sur l'arcade supérieure, toute la force des ligatures élastiques se portera sur les molaires supérieures en les faisant mouvoir dans le sens distal ; en desserrant les mêmes écrous, la force se dépen-

sera sur la portion antérieure de l'arcade supérieure. Les dents inférieures et antérieures peuvent être réunies par des ligatures à l'arcade inférieure d'expansion de façon à ce que la force qui agit dans le sens mésial sur les premières molaires produise cet effet en déplaçant l'arcade dentaire tout entière. En serrant les écrous qui sont sur l'arcade inférieure d'expansion toute la force des ligatures élastiques agit directement dans le sens mésial sur les dents, sur la partie antérieure des dents inférieures ; en desserrant les mêmes écrous elle agit sur les premières molaires et sur les bicuspides inférieures.

Dans les cas où l'occlusion dans le sens distal du maxillaire inférieur n'existe que d'un seul côté, le traitement est exactement le même que celui que nous venons de décrire ; seulement on n'emploiera qu'un crochet à coulisse et la ligature élastique qui l'accompagne.

Dans cette classe de malocclusions, le plus souvent, le bord tranchant des incisives inférieures vient appuyer sur la face linguale des supérieures ou sur la muqueuse de la voûte palatine ; mais cette partie apparemment difficile du traitement peut être aussi parfaitement menée à bien grâce à l'action de la force réciproque des ligatures élastiques ayant tendance à éléver les molaires inférieures ; celles-ci élèveront également les bicuspides si ces dernières ont été réunies par des ligatures à l'arcade métallique.

Dans le cas où l'arcade dentaire inférieure est déviée dans le sens mésial par rapport à ses relations normales, le traitement est inverse du précédent. Les crochets à gaine sont réunis à la surface supérieure de l'arcade dentaire inférieure d'expansion, à la partie antérieure, et des ligatures élastiques sont établies entre eux et les tubes placés sur les faces des premières molaires supérieures.

Nous remarquerons tout de suite que, par ce fait que les rapports normaux des premières molaires constituent la clef de l'occlusion normale, on peut, en employant cet ancrage réciproque, corriger toute malocclusion des premières molaires dès la première jeunesse ; on retrouvera par suite la possibilité, aux dents futures, lors de leur éruption, de prendre leur place normale sur les arcades. En profitant de la possibilité de ce traitement précoce, des cas simples, qui auraient pu se transformer dans la suite en cas très compliqués, peuvent être corrigés d'une façon parfaite, avec beaucoup de facilité et de rapidité.

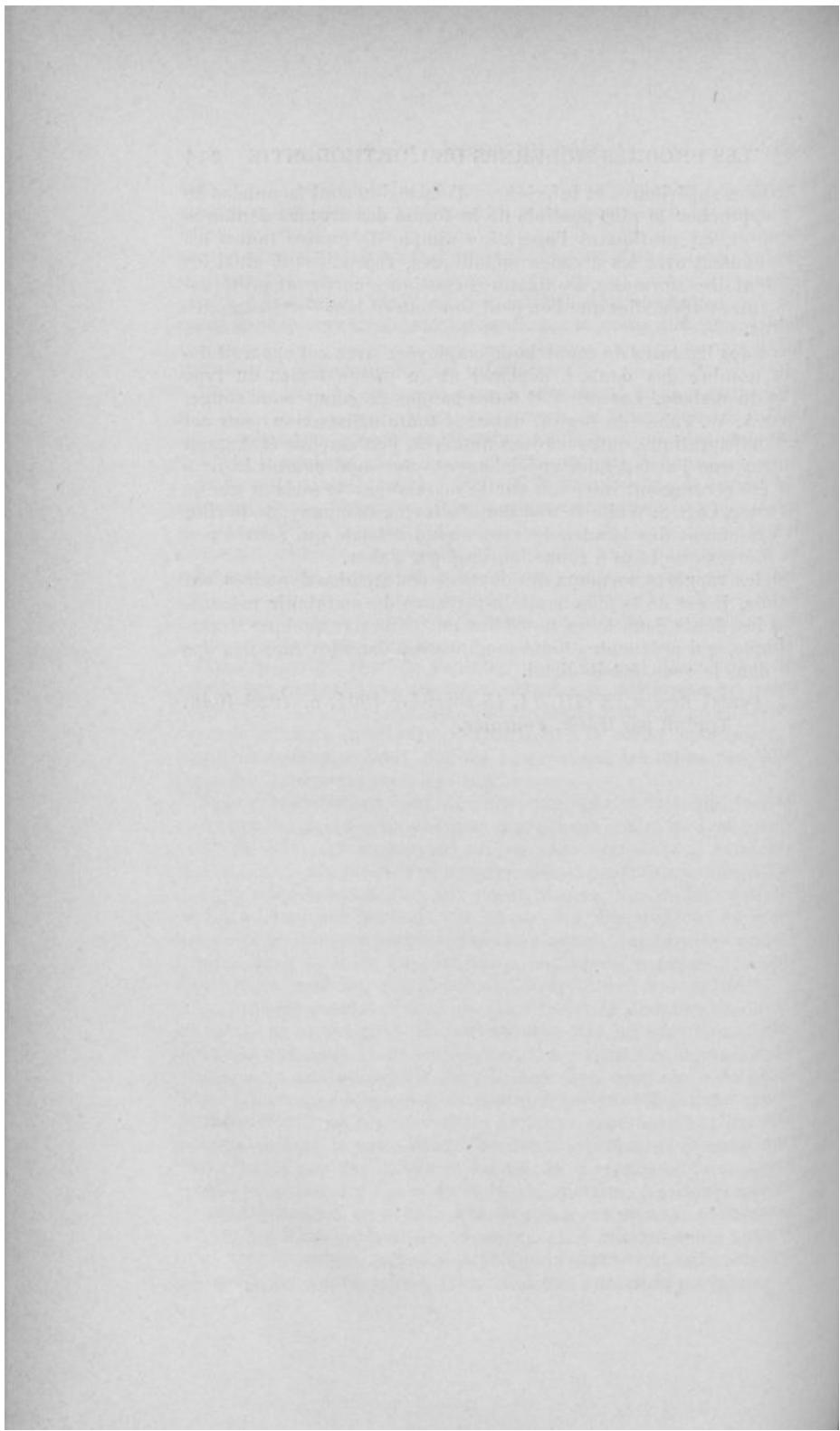
Ce procédé permet encore de faire varier la distance existant entre les portions antérieures et postérieures des arcades dentaires. Dans deux cas que nous avons rencontrés, il n'y avait pas de place suffisante pour que la canine supérieure pût faire son éruption à sa place normale. L'ancrage réciproque fut appliqué sur le côté gauche seulement, de façon à agir en repoussant les molaires supérieures et par suite les bicuspides dans le sens distal. Les dents supérieures et antérieures furent réunies par des ligatures à l'arcade d'expansion : en serrant les écrous en avant des tubes de la bande molaire, les dents antérieures furent repoussées en avant. Dès lors, par ce double mouvement en arrière des bicuspides et des molaires, en avant des dents antérieures, il fut créé un espace suffisant pour que la canine pût faire son éruption normale ; en même temps, on réalisa une occlusion parfaite.

Les arcades supérieures et inférieures d'expansion sont façonnées de façon à approcher le plus possible de la forme des arcades dentaires normales, et, en pratiquant l'opération simple de mettre toutes les dents en contact avec les arcades métalliques, reproduisant ainsi les arcades dentaires normales, les ligatures élastiques corrigent pratiquement les autres anomalies que l'on peut rencontrer dans l'occlusion des maxillaires.

La force des ligatures de caoutchouc employées avec cet appareil dépend du nombre des dents à déplacer et en même temps du type physique du malade. Les n°s 6 et 8 des bandes de caoutchouc rouge, faites par A. W. Faber de Berlin, donnent toute satisfaction pour cet usage. Dans la pratique, outre ces deux numéros, j'en emploie également trois autres que j'ai fait faire spécialement. Sur mon conseil le n° 6 rouge a été récemment introduit sur le marché par la maison que je viens de citer. La S. S. White Dental Manufacturing Company, de Berlin, fournit également des bandes de caoutchouc d'Angle qui sont à peu près les mêmes que le n° 6 rouge fabriqué par Faber.

Quand les rapports normaux des dents et des arcades dentaires ont été rétablis, il est de la plus haute importance de maintenir mécaniquement les dents dans leurs nouvelles positions par quelque stratagème simple, qui préviendra toute modification dans les rapports des arcades dans le sens mésio-distal.

(*Dental Review*, XVIII, 44, 45 novembre 1904, p. 4029-4046.
Traduit par H.-Ch. Fournier.)



CRITIQUE DE M. ROBERT DUNCAN Mc BRIDE

Par M. EDOUARD H. ANGLE.

Dans le dernier numéro (novembre) du *Dental Review* a paru un article de M. Mc Bride, de Dresde, intitulé « Les progrès modernes de l'orthodontie ».

L'article en question a été lu devant la Société dentaire américaine d'Europe, mais la date n'est pas mentionnée.

Cet article est écrit habilement avec l'intention de laisser aux auditeurs l'impression que les principales idées sont des idées originales de l'auteur. En cela ce dernier semble avoir bien réussi, comme en témoigne la discussion à laquelle elle a donné lieu. On y rappelle fréquemment le « système ingénieux de M. Mc Bride », les « méthodes de M. Mc Bride », les « appareils de M. Mc Bride », etc.

En réalité, les idées contenues dans cet article sont toutes tirées de mes écrits, sans que cela soit courtoisement rappelé par l'auteur, sans qu'il y ait le moindre indice d'une citation, bien que plusieurs fois des phrases aient été copiées tout entières.

Mon dire peut être facilement vérifié par quiconque voudra comparer l'article en question : 1^o avec l'article que j'ai lu devant l'Institut de stomatologie de la ville de New-York, le 7 octobre 1902, intitulé, « Quelques principes fondamentaux d'orthodontie » et publié dans le *Journal dentaire international*, octobre 1903 ; 2^o avec mon article intitulé « l'Art et ses rapports avec l'orthodontie » lu devant la Société américaine des orthodontistes en octobre 1902 et publié dans les *Items of Interest* en septembre 1903 ; 3^o avec mon article publié dans le *Dental Cosmos* en mars 1903 intitulé « Importance de la première molaire » ; 4^o avec mon travail sur la « Malocclusion des dents », etc.

Les principes établis dans ces communications et sur lesquels s'appuie M. Mc Bride, sans en convenir, sont connus et constituent la base des travaux usuels de mes élèves, ainsi que de tous les membres de la Société américaine des orthodontistes, comme le savent bien tous les lecteurs des *Items of Interest*, journal qui a publié tous les comptes rendus de la société mentionnée ci-dessus.

Les cas présentés par M. Mc Bride, bien que simples et dépourvus de complications, et ne demandant pas plus de quatre à six semaines de traitement lorsqu'ils sont entrepris intelligemment, ont été traités de la bonne manière, et nous félicitons M. Mc Bride d'être progressiste et d'adopter si rapidement ce que nous considérons comme la méthode la plus moderne de l'orthodontie.

La manière d'être de M. Mc Bride contraste singulièrement avec l'attitude de la plupart de ceux qui constituent la « vieille école » dans ce pays, par exemple, les auteurs des livres les plus récents sur ce sujet, dont l'attachement pour ce qui est illogique et vieilli restreint à de faibles proportions tout ce qui est moderne, en théorie comme en pratique ; ainsi qu'avec l'attitude de quelques-uns des plus anciens professeurs, voir les rapports du Dr Case et du Dr Guilford lus devant la der-

nière assemblée de la Société pédagogique en faveur de la mutilation et qui sont une critique de mon système établissant que l'extraction n'est plus nécessaire, mais opposée à l'art et aux exigences occlusales de l'orthodontie.

Nous sommes heureux que M. Mc Bride ne soit pas de cette école, quoiqu'un des cas qu'il rapporte présente une extraction (faite par lui ou par quelque autre qu'il ne mentionne pas), ce qui, à mon avis, n'était pas du tout nécessaire.

En ce qui concerne la discussion du rapport de M. Mc Bride par MM. Davis, Sachs, Monk, Jenkins, Davenport et Spring, il est étonnant de constater que ces frères ne se tiennent pas plus au courant des publications sur l'orthodontie moderne. On pense généralement que de tels hommes lisent soigneusement et intelligemment les journaux dentaires américains, mais il paraît qu'il n'en est rien.

Dans une autre édition de mon livre que je suis en train de préparer, je présenterai beaucoup de choses plus modernes en orthodontie et j'espère que M. Mc Bride en profitera bien vite.

En même temps je lui demanderai de ne pas oublier que l'étendue de l'océan Atlantique ne le relève pas de ses responsabilités concernant l'honnêteté ni des égards que se doivent les auteurs.

Saint-Louis, Mo. 22 nov. 1904.

LIVRES ET REVUES

Nous rappelons à MM. les Auteurs et Éditeurs que tous les ouvrages dont ils nous envoient deux exemplaires sont annoncés et analysés (s'il y a lieu). Les ouvrages doivent être adressés à M. LE RÉDACTEUR EN CHEF, 45, rue de La Tour-d'Auvergne.

L'ARTICULATION ALVÉOLO-DENTAIRE

Nos lecteurs savent que les éditeurs J.-B. Baillière et fils poursuivent la réimpression, en 2^e édition, de l'excellent Manuel du chirurgien-dentiste, publié sous la direction de M. Ch. Godon, dont la 1^{re} édition est actuellement épuisée.

Nous avons déjà annoncé l'apparition des volumes suivants :

Clinique de prothèse dentaire et d'orthodontie, par P. Martinier.

Pathologie des dents et de la bouche, par L. Frey et G. Lemerle.

Thérapeutique de la bouche et des dents, par M. Roy.

Clinique des maladies de la bouche et des dents, par MM. Godon et Friteau.

On nous communique les bonnes feuilles du volume Anatomie de la bouche et des dents, par M. Sauvez, qui vient de paraître et dont la 2^e édition a été revue et augmentée, pour l'anatomie par M. Wicart et pour l'anatomie dentaire par M. Georges Lemerle. Nous croyons faire plaisir à nos lecteurs en en reproduisant ci-dessous un des chapitres les plus intéressants.

N. D. L. R.

CHAPITRE VI. — L'ARTICULATION ALVÉOLO-DENTAIRE.

Article I. — Historique.

L'articulation alvéolo-dentaire unit la racine de la dent à son alvéole. Elle rentre dans le genre amphiarthrose et même, d'après Beltrami¹, on doit la considérer comme un terme de passage entre l'amphiarthrose vraie et la diarthro-amphiarthrose.

Mais cette notion d'une articulation unissant la dent au maxillaire est de date relativement récente, et, quoique

¹. BELTRAMI, *De l'articulation alvéolo-dentaire chez l'homme*. Thèse de Paris, 1895.

adoptée par la plupart des auteurs, elle n'est pas encore universellement admise.

Les classiques, Hunter¹, Fox², Oudet³ Blandin⁴, Cruveilhier⁵, Sappey⁶ considéraient la dent retenue dans le maxillaire comme implantée de force, ainsi qu'un clou enfoncé dans une planche.

De là le terme de *gomphose* (de *γομφος*, clou) qui fut longtemps employé pour désigner l'articulation alvéolo-dentaire.

La conception d'une articulation étant rejetée, celle d'un ligament articulaire alvéolo-dentaire devait naturellement avoir le même sort. Aussi voyons-nous ces auteurs désigner sous le nom de périoste alvéolo-dentaire l'appareil unissant la racine à l'alvéole.

C'est seulement avec Aguilhon de Saran⁷ que se trouvent formulées de judicieuses remarques sur le prétendu périoste alvéolo-dentaire tendant à le considérer comme un système ligamenteux.

Mais les idées de cet auteur ne semblaient guère avoir ébranlé l'opinion courante, lorsque les travaux de Malassez⁸, en 1885, viennent les confirmer et opposer aux anciens anatomistes la conception nouvelle de l'articulation et du ligament alvéolo-dentaire. Depuis, de nombreux travaux se sont succédé, infirmant ou confirmant la conception d'une articulation alvéolo-dentaire. Cherchons à résumer ces discussions.

Deux théories sont en présence. Pour les uns, les tissus placés entre l'alvéole et la racine forment une membrane

1. J. HUNTER, *Traité des dents humaines* (traduction Richelot). Paris, 1845.

2. FOX, *Histoire naturelle et maladies des dents de l'espèce humaine* (traduction Lemaire). Paris, 1821.

3. OUDET, article *Dent* du Dictionnaire en 30 vol. Paris, 1835.

4. BLANDIN, *Des dents*. Thèse d'agrégation de Paris, 1836.

5. CRUVEILHIER, *Traité d'anatomie descriptive*. Paris, 1862.

6. SAPPEY, *Traité d'anatomie descriptive*, t. IV. Paris, 1889.

7. AGUILHON DE SARAN, Note sur la gingivite expulsive, *Soc. Chir.* Juin 1880.
— Note sur les kystes dits périostiques, *Soc. de Biol.* Mars 1884.

8. MALASSEZ, *Des débris épithéliaux paradentaires*. *Archives de physiologie*, 1885, t. I.

unique. Pour les autres, il s'agit de deux membranes bien distinctes.

Les premiers, les unicistes, Bodækér¹, Pietkiewicz², Tomes³, Worthman⁴, Magitot⁵ décrivent la membrane périentaire comme une membrane unique, mais composée de deux couches d'aspect et de structure différents. Les seconds, les dualistes, Spence Bate⁶ et Ingersoll⁷ décrivent une membrane interne périentaire et une membrane externe périalvéolaire.

Donc dualistes et unicistes sont bien près de s'entendre, puisque si les premiers trouvent deux membranes, les seconds avouent distinguer deux couches distinctes dans une membrane unique. L'embryologie et la physiologie vont nous aider à apporter de l'ordre dans la question.

« Le mécanisme de la formation du périoste alvéolaire, dit Magitot, est des plus simples, car cette membrane n'est autre que la paroi folliculaire elle-même. »

Aux dépens de la couche interne du sac folliculaire se développe le cément (Frey) ; aux dépens de la couche externe se développe le ligament. C'est par la négligence de cette couche externe que naissent la discussion et l'obscurité apportée dans cette question du ligament selon les uns, du périoste selon les autres.

« On remarquera, dit Beltrami⁸, que tous les auteurs, les unicistes comme les dualistes, sont d'accord pour faire naître le cément de la couche interne, et qu'ils n'attachent aucune importance au reste de la membrane. Aveuglés par le rôle très considérable que joue la face interne de cette membrane durant l'évolution de la racine, ils ont attribué à l'ensemble

1. BODÆKER, *Pericementum and pericementitis*. *Dental Cosmos*, 1879-1880.

2. PIETKIEWICZ, *De la périostite alvéolo-dentaire*. Thèse de Paris, 1876.

3. TOMES, *Traité de chirurgie dentaire* (traduction Darin). Paris, 1873.

4. WORTHMAN, *The teeth of the vertebrates, in American system of dentistry*. Philadelphie, 1886.

5. MAGITOT, *Formation de l'organe dentaire*. Paris, 1881.

6. SPENCE BATE, *British Journal of dental science*. 1856-1857.

7. INGERSOLL, *The alveolo-dental membrane. Unity or duality*. *Dental Cos-*
mos, 1885.

8. BELTRAMI, *loc. cit.*

de cette membrane le nom et les propriétés physiologiques qui ne devaient échoir qu'à une de ses parties, et ont considéré la couche externe comme une dépendance de la zone ostéogénique. »

Nous voyons donc qu'il y a à la fois unité embryologique de la membrane périentaire (le sac folliculaire est d'origine mésodermique) et dualité physiologique de cette même membrane (la couche interne donne le cément, la couche externe le ligament).

Tomes déclare avec raison que la différenciation des deux feuillets de la membrane périentaire offre peu d'importance :

En effet, lorsqu'un muscle prend insertion sur un os par l'intermédiaire d'un tendon, le périoste semble cesser à ce niveau, et cependant on trouve en ce point de l'os d'origine périostée. Le périoste n'a donc pas disparu, il s'est modifié ; il ne présente plus son aspect ordinaire, mais il remplit cependant ses fonctions.

Donc, nier le ligament alvéolo-dentaire du fait que la couche interne de la membrane périentaire donne naissance au cément, c'est commettre une erreur égale à celle que l'on commettrait en niant le péricément du fait que la couche externe de la même membrane donne le ligament.

Le ligament alvéolo-dentaire peut donc être comparé à tout autre ligament du corps, avec cette seule différence qu'il s'agit d'une insertion cémenteuse et non osseuse, accompagnée à ce niveau d'un péricément et non d'un périoste.

La différenciation de ces deux zones d'une même membrane, ligament et péricément, n'exclut pas forcément l'une ou l'autre de ces deux parties ; au contraire, elle en affirme l'existence précisément par comparaison avec ce qui se passe au niveau de tous les ligaments en général.

Ce qui explique les discussions sur ce point, c'est ce fait que les différents auteurs pratiquaient leurs coupes sur des pièces appartenant à des sujets d'âges différents.

En effet, à l'époque où le péricément est en pleine activité, le ligament commence à peine à se développer, et ré-

ciproquement, plus tard, lorsque le ligament, atteint son parfait développement, le péricément a cessé ou ralenti sa fonction et se trouve représenté par le cément qu'il a produit et qui a envahi ses fibres.

Il existe donc bien un ligament et par conséquent une articulation alvéolo-dentaire.

« A quelque point de vue qu'on se place, dit Malassez, physiologie, histologie, anatomie comparée, il n'y a pas de périoste entre le maxillaire et la dent, il y a un véritable ligament. »

Au point de vue anatomie comparée, on voit chez certains poissons, notamment chez la baudroie, un appareil ligamenteux alvéolo-dentaire compliqué, permettant le renversement de la dent en arrière et enrayant sa chute en avant (Beltrami).

Au point de vue histologique nous verrons tout à l'heure le microscope nous montrer dans la membrane péridentaire tous les caractères du tissu ligamenteux.

Au point de vue physiologique une simple remarque suffit : si la dent possédait un périoste, la moindre compression exercée sur lui produirait de vives douleurs et la mastication serait impossible ; pourvue d'un ligament dont les faisceaux se tendent et résistent à la pression il n'en est pas ainsi¹.

Article II. — Anatomie.

L'articulation alvéolo-dentaire présente à étudier :

- 1^o Des surfaces articulaires ;
- 2^o Des moyens d'union réunissant ces surfaces.

1. La pathologie elle-même vient à l'appui de la conception d'une articulation alvéolo-dentaire. La goutte peut en effet frapper cette articulation comme toutes les petites articulations du corps. Notre maître, M. Frey, a bien mis en lumière l'existence de tophus, dans l'articulation alvéolo-dentaire. Nous-mêmes, en 1901, nous avons appliqué aux localisations alvéolo-dentaires du rhumatisme les injections locales de solutions aqueuses à 5 o/o de salicylate de soude, préconisées par le professeur Bouchard dans le traitement des manifestations articulaires du rhumatisme. Les succès que nous avons obtenus montrent que l'articulation alvéolo-dentaire se comporte devant le rhumatisme articulaire aigu et devant son traitement absolument comme tout autre articulation du corps.

1^o *Surfaces articulaires.* — Elles sont représentées du côté du maxillaire par les parois alvéolaires, du côté des dents par la racine revêtue de cément.

Le cément constitue, en effet, la véritable surface articulaire de la dent, car c'est uniquement sur le cément que s'insère le ligament. L'épaisseur du cément augmente du collet à l'apex et ce fait semble en rapport avec la force des faisceaux ligamentieux qui croît également dans le même sens. Nous ne parlerons pas ici de l'histologie du cément, que nous étudierons plus loin.

Les alvéoles sont des cavités creusées dans l'épaisseur des os maxillaires. Destinés à maintenir les dents, les alvéoles forment au niveau de ces os la région alvéolaire, bien distincte de la portion basilaire ou corps de l'os sur laquelle elle repose. D'après Ch. Robin¹, le développement de l'alvéole serait indépendant du développement de la racine, le début de l'ossification des maxillaires et de l'apparition des gouttières alvéolaires précédant l'apparition des follicules dentaires. D'après cet auteur, l'alvéole aurait donc de plus un rôle protecteur durant le développement du follicule dentaire.

2^o *Moyens d'union.* — Ils sont constitués par le ligament alvéolo-dentaire. Ce ligament, d'origine mésodermique puisqu'il provient de la couche externe du sac folliculaire, présente à étudier des faisceaux de tissu fibreux ménageant entre eux des espaces livrant passage à des vaisseaux et à des nerfs.

Le ligament alvéolo-dentaire, dans son ensemble, présente deux portions distinctes :

1^o *Ligament extrinsèque.* — Il comprend des faisceaux s'insérant d'une part au collet de la dent et d'autre part au bord libre et à la partie correspondante de la face externe de l'alvéole. Au niveau des espaces interproximaux on peut voir, parfois, un faisceau inséré au collet d'une dent passer par-dessus le bord libre alvéolaire et aller s'attacher au collet de la dent voisine.

1. CH. ROBIN, *Constitution et développement des gouttières dentaires. Compte rendu. Académie des sciences, 1860.*

Cet appareil ligamenteux forme une sorte de collerette au niveau du collet des dents et ferme l'articulation.

Son nom varie selon les auteurs: ligament dentaire circulaire de Kœlliker¹, ligament dentaire de Black², portion extra-alvéolaire du ligament de Collaud³, ligament externe de Beltrami⁴. Cet appareil ligamenteux, sertissant le collet de la dent, est situé en *dehors de l'alvéole*; c'est ce fait qui le différencie essentiellement du reste des faisceaux du ligament, qui se trouvent placés dans l'espace alvéolo-dentaire qu'ils remplissent. Nous l'appellerons donc *ligament extrinsèque* de l'articulation, par opposition au *ligament intrinsèque*, ces termes paraissant plus exacts et plus conformes au langage anatomique que ceux de ligaments interne et externe de l'articulation.

5° Le *ligament intrinsèque*, ou portion inter-alvéolo-dentaire de l'appareil ligamenteux de l'articulation alvéolo-dentaire, est constitué par trois ordres de faisceaux à direction différente. On distingue, d'après Collaud, des faisceaux à peu près horizontaux allant de l'alvéole à la racine, des faisceaux obliques de l'alvéole à la racine dans la direction du collet, des faisceaux obliques de l'alvéole à la racine dans la direction de l'apex.

Dans la région apexienne les fibres obliques dominent; dans la portion moyenne de l'articulation, on rencontre surtout des fibres transversales⁵.

Entre les faisceaux ligamenteux se trouvent des espaces remplis par des vaisseaux, des nerfs et des éléments cellulaires; parmi ces éléments on rencontre des myéloplaxes, et des cellules épithéliales en amas, débris du *gubernaculum dentis* signalés par Malassez. Ces débris épithéliaux se rencontrent surtout dans la région cervicale, à la partie moyenne, et dans la région apexienne.

1. KÖLLIKER, *Éléments d'embryologie* (traduction Schneider). Paris, 1882.

2. BLACK, *The periodental membrane*. *Dental Review*. Chicago, 1887.

3. COLLAUD, *Étude du ligament alvéolo-dentaire*. Genève, 1890.

4. BELTRAMI, *loc. cit.*

5. BLACK, *loc. cit.*

Ces espaces inter-fasciculaires sont surtout abondants dans la région apexienne.

3° **Vaisseaux et nerfs.** — Les vaisseaux de l'articulation alvéolo-dentaire proviennent de l'artère pulpaire ; ils s'anastomosent avec les vaisseaux de la paroi alvéolaire et ceux de la gencive, au niveau du ligament extrinsèque.

La présence de vaisseaux lymphatiques n'a pas encore été constatée. Il est probable que Black décrit sous le nom de *lymphatiques de la membrane péridentaire* les débris épithéliaux de Malassez.

On connaît mal les nerfs de l'articulation ; ils proviennent pour la plupart des filets nerveux apériens.

Au niveau du sommet de la racine, Black a fait remarquer un espace limité par l'apex, les faisceaux obliques les plus inférieurs du ligament et le fond de l'alvéole. Black¹ le décrit sous le nom d'*espace apical*. Beltrami, considérant cet espace comme produit par la résorption des mailles du tissu osseux aréolaire d'un espace médullaire, le désigne sous le nom d'*espace alvéolo-dentaire*.

Nous l'appellerons *espace parapexien*, ce terme ayant l'avantage d'être précis, d'être français et de ne préjuger de rien.

Dans cet espace parapexien cheminent de nombreux vaisseaux au milieu de tissu conjonctif lâche.

Bodœker² a signalé les flexuosités remarquables de ces vaisseaux. Ce fait est des plus intéressants au point de vue de la physiologie de l'articulation, car il est dû à la mobilité de l'apex.

La gencive, intimement unie au périoste des maxillaires, adhère fortement au ligament extrinsèque de l'articulation.

Elle peut faire partie à ce titre des moyens d'union réunissant la racine à l'alvéole, mais il n'est pas exact de considérer la sertissure gingivale comme fermant l'articulation.

1. BLACK, *Descriptive anatomy of the human teeth*. Philadelphia, 1892.
2. BODEKER, *Anatomy and pathology of the teeth*. Philadelphia, 1894.

Ce rôle est rempli par le ligament extrinsèque que la gencive se borne à protéger.

Article III. — Physiologie.

L'articulation alvéolo-dentaire est essentiellement constituée pour la résistance ; cependant elle est susceptible de mouvements.

Au cours de la mastication, pour résister aux pressions exercées par le maxillaire inférieur sur le supérieur, les faisceaux ligamenteux des articulations alvéolo-dentaires se tendent et limitent le mouvement d'enfoncement dans l'alvéole effectué par la dent. On conçoit que ce soient surtout les faisceaux obliques, dans la direction de l'apex, qui entrent alors en travail. Ce mouvement d'enfoncement dans l'alvéole, que subit la dent lorsqu'une pression est exercée sur elle, a pour résultat de diminuer la distance qui sépare le sommet de la racine du fond de l'alvéole, c'est-à-dire l'espace parapexien.

Cet espace parapexien diminue en hauteur, mais gagne en largeur, s'opposant ainsi à la compression du pédicule vasculo-nerveux radiculaire.

C'est afin de s'adapter aux mouvements fréquents qui se passent au niveau de l'espace parapexien que les vaisseaux du pédicule radiculaire affectent les flexuosités décrites par Bodøker et signalées plus haut.

D'autres mouvements peuvent être imprimés à l'articulation alvéolo-dentaire : mouvements dans le sens vestibulo-lingual, mouvements dans le sens proximal ; mais ces derniers se trouvent naturellement très limités. Enfin au niveau des dents à racine unique, notamment au niveau des incisives, on observe des mouvements de rotation sur l'axe.

Ces divers mouvements sont limités par l'entrée en tension des faisceaux obliques dans la direction du collet, et des faisceaux transversaux du ligament intrinsèque.

De ces différentes considérations il est aisément de conclure

que, dans tous les cas, selon l'expression de Collaud¹, « les pressions exercées dans différents sens sur les dents, au lieu de se transmettre directement aux parties environnantes, se décomposent suivant le parallélogramme des forces, après s'être transformées en tractions. »

1. COLLAUD, *loc. cit.*

REVUE ANALYTIQUE

Guilloz, Th., *Sur une manœuvre utile dans la pratique de la respiration artificielle.* (*Médecine Maritime et Revue Odontologique*, janvier 1905, p. 32-36.)

Cette manœuvre est la suivante : pendant qu'un aide pratique la respiration artificielle par les procédés ordinaires, un autre refoule les organes abdominaux vers le thorax en déplaçant les mains du bas de l'abdomen jusqu'au thorax, tout en les maintenant vigoureusement appliquées sur le ventre, puis il les relève brusquement au moment où l'on cesse la pression costale. Refoulement de la main abdominale vers le diaphragme et pressions costales doivent être exécutées synchroniquement. On réduit ainsi au minimum la capacité thoracique : ce procédé présente une certaine analogie avec celui de Schultze (action du poids des organes abdominaux sur le diaphragme). Il a en outre l'avantage de refouler le sang de l'abdomen vers le thorax, ce qui est très favorable dans les syncopes cardiaques ; on pratique même ainsi une sorte de massage du cœur susceptible de le ranimer.

Capdepont, Ch., *Kyste du maxillaire supérieur présentant un signe clinique rare.* (*Revue de Stomatologie*, janvier 1905, p. 18-20.)

De ce travail, il résulte que lorsque l'on pince le nez d'un malade pour lui faire chasser de l'air, si de l'air s'échappe par une fistule ou un alvéole, mais si ce fait ne se présente que par intermittences, il n'y a pas communication entre les cavités nasale et buccale ; on devra songer à un kyste dépressible, cédant à la pression de l'air comme le ferait une poire en caoutchouc : c'est ce qui s'est présenté dans le cas rapporté par l'auteur et

qui est intéressant à ce point de vue particulier qu'il révèle un nouveau signe clinique des kystes dépressibles du maxillaire, important à connaître pour éviter des erreurs graves de diagnostic.

Siffre, *Les rapports du tissu dentaire et de la denture avec le squelette.* (*Revue de Stomatologie*, janvier 1905, p. 20-24.)

L'auteur rapporte une observation démontrant une fois de plus qu'il n'existe aucun rapport proportionnel entre les os et les dents. Il s'agit d'une enfant de 15 ans, mal développée, d'aspect chétif dont la denture est parfaite, bien constituée, forte et paraît sur un mouillage appartenir à un sujet au-dessus de la moyenne. L'auteur attribue ces différences à l'origine mixte des tissus dentaires, la couronne étant formée par l'épithélium, la dent proprement dite par le tissu conjonctif : ce dernier ne suit pas nécessairement l'émail dans son développement ; on a souvent constaté au cours d'exactions cette différence dans la même dent entre la couronne volumineuse et la racine ou les racines n'atteignant pas la moitié du volume qu'elles eussent dû avoir.

Charézieux, *Difficulté d'extraction d'une molaire supérieure par suite d'anomalie.* (*Revue de Stomatologie*, janvier 1905, p. 24-26.)

Il s'agit d'une anomalie de direction par rotation sur l'axe de 180° : la racine divergente des grosses molaires supérieures se trouvait non du côté palatin, mais du côté jugal. On comprend aisément les difficultés de l'extraction, en raison de mauvaise prise du davier d'abord (il eût fallu employer le davier correspondant de l'autre côté) ; les ma-

nœuvres d'extraction d'autre part eussent dû être inverses à celles que l'on pratique usuellement, ces dernières n'ayant pour résultat que d'enfoncer davantage la racine externe divergente dans l'alvéole au lieu de la dégager.

Nespoulous, Influence exercée par l'habitat sur la composition des dents et sur leurs maladies.
(Thèse de Paris, 1905.)

Voici les conclusions de cet intéressant travail :

" I. La carie des dents, altération de leurs tissus durs, est caractérisée par sa nature infectieuse ; son début est dû aux acides du milieu buccal. Sa progression de la périphérie au centre peut aboutir à une destruction complète ou à un arrêt temporaire ou définitif.

II. Dans la lutte contre la carie, la dent réagit par la somme de ses propriétés physiques, chimiques et physiologiques que Galippe a réunies sous le nom de « coefficient de résistance ».

III. Le coefficient de résistance varie avec la densité et comme elle.

IV. Il diminue dans tous les états et toutes les conditions qui font augmenter le nombre et la gravité des caries.

V. Il faut faire une exception pour les dents du maxillaire supérieur, plus denses et plus fréquemment cariées que celles du maxillaire inférieur. Cette anomalie, à laquelle sont soustraites les premières et deuxièmes molaires, est attribuable au milieu buccal habituellement plus acide dans lequel sont plongées les dents supérieures.

VI. L'analyse chimique des dents appartenant à des sujets originaires de pays calcaires et généralement peu atteints par la carie, et celle faite sur les dents ayant appartenu à des sujets originaires de pays granitiques ou schisteux et très sujets à la carie n'a pas fourni des différences de calcification sensibles entre les dents provenant des deux origines.

VII. Il y a lieu de poursuivre cette expérience en tenant compte des conditions qui font varier la densité des dents, race, âge, sexe, qualification

du côté du maxillaire et position particulière à chaque dent."

Schenk (Fritz), De la dévitalisation de la pulpe. (Esterr.-Ungar. Viertelj. f Zahnk. oct. 1904 et Archives de stomatologie, décembre 1904, p. 225-228.)

L'auteur passe rapidement en revue les divers procédés employés pour anesthésier la pulpe et rendre aussi peu douloureuses qu'il est possible les opérations dentaires. L'insensibilité de la pulpe étant la résultante de l'anémie produite dans la pulpe, comme le démontrent amplement les expériences et les recherches microscopiques, on doit dans le traitement d'une pulpe mise à nu chercher à provoquer une anémie aussi complète qu'il est possible. L'auteur opère de la façon suivante : au-dessus du pont alvéolaire dans la région de la racine, il fait une injection d'adralgine au moyen d'une seringue de Pravaz très mince, de façon à ce que l'injection forme boule au point d'insertion de l'aiguille. L'adralgine est une solution de sulfothymolate de cocaïne (non toxique) à 1/100 et d'adrénaline. L'opérateur peut, au bout de quelques instants, ouvrir la dent et enlever sans aucune douleur la pulpe anémisée. On peut employer le même procédé lorsqu'il s'agit de préparer et d'obtenir les cavités chez des malades trop sensibles. L'anesthésique agit particulièrement bien sur les incisives, les canines et les prémolaires. Pour les autres dents l'effet est moins constant, surtout à la mâchoire inférieure. Pas de contre-indications à l'emploi de l'adralgine, pas d'insuccès encore, pas de suites fâcheuses.

Bozo (A.), Hygiène bucco-dentaire.
(Progrès médical, 16 juillet 1904, p. 33.)

Nous croyons devoir reproduire, à propos de ce travail qui a été analysé dans ce journal¹, les quelques lignes suivantes parues dans le *Quarterly Circular* :

1. Voir *L'Odontologie*, 30 septembre 1904, p. 364-365.

« Il est difficile de comprendre comment le Dr Noir et l'auteur anonyme du *Scalpel* (nous croyons devoir mettre le Dr Siffre hors de cause) se sont persuadés qu'il était possible en quelques leçons d'acquérir même un semblant de compétence pour traiter la carie dentaire. Rien ne saurait, selon nous, être plus erroné. Nous ne connaissons aucun art où il soit facile d'arriver à un certain degré d'habileté. Le succès demande une application soutenue et d'abondantes occasions de s'exercer. Nous partageons avec nos frères l'espérance qu'il serait bon de combler les lacunes que la Faculté de médecine laisse dans l'enseignement des questions dentaires, mais nous ne voyons pas bien ce que pourrait faire, en *dentistry*, le praticien général a dehors du soulagement temporaire de la douleur. Le domaine médical, déjà si considérable, va sans cesse en s'agrandissant, et le praticien général a besoin de toutes ses ressources pour lutter contre les diverses maladies qui menacent l'existence. On signale des erreurs de diagnostic assez fréquentes; aussi le docteur fera bien, à notre humble avis, de consacrer toutes ses énergies à l'étude de la médecine générale et de laisser les dents à ceux qui s'en occupent spécialement.

« Cette manière de voir est partagée, nous en avons la conviction, par la majorité des médecins de cette contrée. Nous ne sommes pas du tout d'accord avec le Dr Noir quand il prétend que les médecins inspecteurs des écoles sont capables de traiter la question dentaire.

« En Angleterre, bon nombre de *Poor Law Guardians*, et d'autres corps représentatifs, ont reconnu la nécessité de *vrais dentistes* et en ont désigné pour diverses institutions. La même chose a eu lieu pour nos écoles navales, avec ce résultat que les dentistes font un bien incalculable à leurs jeunes malades. Nos autorités militaires ont fini par comprendre que le bon état de la bouche est un facteur important pour la conservation de la santé du soldat et ont désigné pour y veiller

des dentistes d'une compétence reconnue.

« Nous pouvons, à coup sûr, nous féliciter d'échapper en grande mesure aux ravages de bien des maladies dont souffraient nos ancêtres. D'où vient ce progrès? De meilleures conditions d'existence et aussi de la spécialisation appliquée à la thérapeutique. Or il n'y a pas de spécialité qui ait plus progressé que celle relative aux affections dentaires. Et celle-ci a un large champ ouvert devant elle. C'est grâce aux améliorations hygiéniques que la vie est devenue supportable aujourd'hui pour les gens judiciaux; aussi cherchons-nous les meilleurs moyens de faire comprendre au public qu'il est aussi nécessaire de maintenir la propreté de la bouche que de se laver la figure. Nous espérons voir un jour, parmi les autres moyens destinés à augmenter le bien-être de la population, décréter l'obligation d'un service dentaire dans toutes les écoles. On ne saurait douter qu'une semblable création ne contribue au bien général de la nation, dont la santé est une condition essentielle, en atténuant une foule de petits maux, sans parler des horreurs de l'odontalgie, et en supprimant des causes de débilitation.

« Le petit paradoxe par lequel le Dr Noir termine son article, à savoir que *le mieux est l'ennemi du bien*, comporte un amendement. Il sonne à nos oreilles comme un écho d'un passé lointain, qui avait imaginé cet aphorisme pour excuser quelque période de paresse. En ceci, comme en d'autres choses, visons un but élevé et ne nous contentons de rien, sinon de l'excellence. »

Suarez de Mendoza, Sur les futes et regrettables conséquences que peut entraîner l'emploi injustifié des anesthésiques en général et du bromure d'éthyle en particulier, dans l'opération des végétations adénoïdes. (Archives de médecine et de chirurgie spéciales, janvier 1905, p. 6-19.)

Nous tirons de cet important travail les quelques considérations suivantes

de l'auteur sur l'emploi du bromure d'éthyle et notamment sur sa statistique : « Le danger de l'anesthésie par le bromure d'éthyle... est aussi réel que celui du chloroforme. Le bromure d'éthyle a sa nécrologie. Tout en n'ayant pas fait de recherches spéciales, j'ai pu réunir cependant, très facilement, dix cas de mort dus à l'anesthésie par le bromure d'éthyle. Ces cas ont été observés par Roberts (1880), Mittenzweig, deux cas (1890), Gleich (1892), Hartmann et Bourbon (1893), Köehler (1899), Doubrovine (1895), Pomerantzeff (1892) ; enfin deux autres cas sont relatés dans le *Bulletin médical* (de 1890), dans le *Philadelphia Medical*, journal (de 1890). J'ai été moi-même témoin d'une mort foudroyante survenue en quelques secondes, après les premières bouffées du bromure d'éthyle, chez une jeune femme de 28 ans, à laquelle on allait faire un curetage.

Dans la statistique de la mortalité que Gurtl a donné au Congrès de chirurgie allemande de 1893, le bromure d'éthyle ne donnerait que 1 mort sur 4118 narcoses.

Il résulterait de cette statistique que le nombre des victimes du bromure

d'éthyle n'est pas très élevé. Mais nous savons quelle foi il faut accorder à toutes les statistiques officielles presque toujours fallacieuses. En réalité les choses se passent autrement. La plupart des cas malheureux qui surviennent tant en ville qu'à l'hôpital ne sont jamais publiés, et il est par suite absolument impossible d'établir un chiffre même approximatif.... » L'auteur rapporte ensuite plusieurs cas de mort par le bromure d'éthyle qui ne furent pas publiés. Mais outre le danger de mort, « les inconvenients que cet agent anesthésique présente sont aussi grands, sinon plus, que ceux de l'éther et du chloroforme. On a signalé notamment son action pernicieuse sur le cœur et le système vasculaire, sa grande toxicité. Provoquant une forte congestion de la face et du cou, les opérations pratiquées sur ces régions.... entraînent souvent des pertes de sang post-opératoires assez abondantes. On a encore signalé la cyanose, les phénomènes d'asphyxie, l'excitation glandulaire très vive, la sudation, le ptyalisme, le larmoiement, la résolution musculaire incomplète ou tardive, le trismus, etc... ».

H.-CH. FOURNIER.

NOUVELLES

A PROPOS DE NOTRE DERNIER « BULLETIN ».

Nous avons signalé dans notre dernier numéro le rapport apocryphe que M. Cruet avait publié dans la *Revue de Stomatologie*. Nous sommes heureux de constater que, dans le dernier numéro de ce journal, M. Cruet reconnaît lui-même que c'est un faux rapport, et il s'en excuse dans les termes suivants qui, à nos yeux, constituent une véritable rétractation :

A nos lecteurs,

J'ai le devoir absolu de déclarer que le Rapport de M. le Recteur de l'Académie de Paris à M. le Ministre de l'Instruction publique, publié à cette place, dans le dernier numéro de la Revue de Stomatologie, est tout entier mon œuvre.

J'avais cru très sincèrement que la forme particulière donnée à ce rapport ne pouvait tromper personne sur son caractère fictif. Il n'en a malheureusement pas été ainsi, et j'exprime à M. le Recteur mes regrets profonds d'avoir fait intervenir sa haute personnalité dans mes polémiques professionnelles, d'une manière qui a pu induire le public en erreur.

En exprimant ces regrets, j'obéis non seulement à une obligation morale, mais encore aux sentiments intimes de respect et de dévouement que j'éprouve pour la personne honorée de M. le Recteur et que je tiens à lui exprimer du fond du cœur.

CRUET.

NOMINATION.

A la suite du dernier concours, M. Manteau a été nommé chef de clinique à l'Ecole dentaire de Paris.

Nous lui adressons nos félicitations.

MARIAGE DE M. MOULIN.

M. Moulin, Emile, diplômé de l'Ecole dentaire et de la Faculté de médecine de Paris, vient d'épouser, à Auxerre, M^{me} M. Chevalier. Toutes nos félicitations aux jeunes époux.

COLLÈGE AUSTRALIEN DE DENTISTERIE.

Le Collège australien de dentisterie et le Conseil dentaire de Victoria sont rattachés maintenant à l'Université de Melbourne sous le contrôle du Conseil de l'Université de cette ville.

(*Quart. Circul.*, décembre 1904.)

CHANGEMENT DE PUBLICATION.

Le journal de la *British Dental Association* paraîtra dorénavant deux fois par mois, le 15 et le 30, au lieu d'une fois.

NOUVELLE SOCIÉTÉ.

Le 10 septembre 1904 s'est fondée à Caracas une société dentaire sous le nom d'*Union dentaire vénézuélienne*. Cette société doit publier une *Revue dentaire vénézuélienne*.

(*La Odontologia*, janvier 1905.)



N. B. Nous sommes à la disposition de nos lecteurs pour publier ^{les} questions qui nous seront adressées et nous serions heureux que cette insertion provoquât des réponses, que nous accueillerons, tout en déclarant toute responsabilité au sujet des opinions émises.

Toutefois nous ne pouvons donner suite qu'aux questions ou réponses signées ; mais la publication peut en être faite sous un pseudonyme choisi par l'auteur. Prière de ne pas insérer ces communications dans le corps d'une lettre, mais sur feuillet spécial écrit d'un seul côté.

? N° 229. — Connait-on un exemplaire de la 1^{re} édition du livre de Fauchard, 1728 ? M. G. Vial ferait l'échange de cet ouvrage contre les deux volumes de la 2^e édition de 1746, avec portrait gravé de P. Fauchard et ajouterait volontiers quelques autres livres du XVIII^e siècle.

? N° 231. — Existe-t-il un livre de prothèse, contenant tous les travaux pratiques couramment (tels que couronnes, bridges, porcelaines, etc...) et expliquant très clairement le mode opératoire ? Un livre pouvant être consulté avec profit à l'atelier ? Si oui, Où le trouver ?

D.

? N° 232. — Quelles sont les maisons qui, en France ou à l'étranger, vendent des tubes en plomb ou en étain pour mettre les pâtes dentifrices ?

J. R. Portugal.

ADRESSES UTILES

La ligne: 20 francs par an, } dans 24 numéros.
Lignes en sus: 10 fr. la ligne. }

- A. Ash et fils (*Fourn. gén.*) 22, rue du Quatre-Septembre, PARIS. TÉLÉPHONE 294.47.
 Dr Bengué (*Anestile*), 47, rue Blanche, PARIS.
 Clin et Cie (*Produits pharmaceutiques,adrénaline,Tubes stérilisés à tous médicaments*), 20, rue Fossés-Saint-Jacques, PARIS. TÉLÉPHONE 806.37 — 815.84.
 J. Panguet, Georges Clotte, sr (*Impressions en t. genres*), 28, r. d'Engaïen, PARIS.
 Comptoir international (*Fourn. gén.*), 15, avenue Fonsny, BRUXELLES.
 Contenau et Godart fils (*Fourn. gén.*), 7, r. du Bouloï, PARIS. TÉLÉPHONE 214-53.
 Cornelsen (*Fourn. gén.*), 16, rue St-Marc. TÉLÉPHONE 218.69.
 A. Debraux, prof^r (*Cert. d'Et. exigé des dentistes*), 17, faub. Montmartre, PARIS.
 L. Mairlot (*Fourn. gén.*), 24, place Ste-Gudule, BRUXELLES. TÉLÉPHONE 1429.
 A. Mellottée, imprimeur de *L'Odontologie à CHATEAUROUX*.
 P. Périé fils (*Fournitures générales*), 7, place Lafayette, TOULOUSE.
 B. Platschick (*Prothèse à façon*), 3, rue Ventadour, PARIS. TÉLÉPHONE 222.82.

Reymond frères <i>(Fournitures générales.)</i> TÉLÉPHONE 312.91.	{ 22, rue Le Peletier, PARIS. 44, place de la République, LYON. 69, rue de la Croix-de-fer, BRUXELLES. 3, rue Petitot, GENÈVE.
--	---

 L. Riasse (*Agent de la Consolidated D. M. Co.*), 97, rue Montmartre, PARIS,
 TÉLÉPHONE 283.75.
 Victor Simon et Cie (*Four. gén.*), 54, rue Lamartine, PARIS. TÉLÉPHONE 269-45.
 Société coopér. des dent. de Fr., 45, r. de La Tour-d'Auvergne. TÉLÉPH. 223.04.

Société Française de Fournitures Dentaires.	{ 58 bis, Chaussée-d'Antin, Paris TELEPHONE 214-47. Adr. télég. : Sociétés. Grande exposition, au dépôt de PARIS, de toutes les Nouveautés dans l'outil- age de MM. les Dentistes.
---	--

 V^e J. Wirth (*Manuf. dent.*), 22-24, av. Philippe-Auguste, PARIS. TÉLÉPH. 923.48.

SCŒMNOFORME

M

LE
PLUS RAPIDE

LE
PLUS SIMPLE

LE
PLUS SUR

Une
Anesthésie Générale
INSTANTANÉE
SURE et SANS DANGER
et sans aucun malaise post-opératoire
n'est obtenue que par le

SCŒMNOFORME

Le SCŒMNOFORME du Dr Rolland, de Bordeaux,
a été administré, par lui-même et avec le plus
grand succès, à plus de 20,000 patients, sans
aucun accident.

En ampoules de 3 et 5 c. c. pour une dose	Flacon simple (60 gr.)	6 fr.
Par boîtes de 6 ampoules :	— double (120 gr.)	12 —
5 Francs.	Robinet distributeur	5 —
	Un distributeur sert indéfiniment et peut s'appliquer à tous les flacons.	

Le SCŒMNOFORME est

En vente dans tous les Dépôts dentaires de Paris & de Province

Dépositaires Généraux pour la France :
Société Française de Fournitures Dentaires

58 bis, Rue de la Chaussée-d'Antin

Adresse Télégraphique :
SOCIÉDENTS-PARIS

PARIS-IX^e

TÉLÉPHONE
214-47

4

**Instruments, Meubles et tous Articles dentaires d'occasion.
ACHAT et VENTE ~ LOUIS, 8, faub. Montmartre.**

LALEMENT et COUTIF

5, rue de Laborde, près la Gare St-Lazare

Travaux artistiques
de Prothèse Dentaire
TÉLÉPHONE 550.73

TRAITÉ DE CHIMIE

Avec la notation atomique, par LOUIS SERRERS, ancien élève de l'Ecole Polytechnique, professeur de chimie à l'Ecole municipale supérieure Jean-Baptiste Say. — Un volume in-8 de plus de 900 pages, avec 295 gravures sur bois intercalées dans le texte. — Prix : 10 francs. — BAUORY et C°, éditeurs, 15, rue des Saints-Pères, Paris.

×
LABORATOIRE
SPECIAL DE PROTHÈSE
B. PLATSCHICK
SERVICE TRÈS RAPIDE pour la PROVINCE
RUE
VENTADOUR
PARIS
222-82. Téléphone, 222-82.

Recommandé : Institut des Langues et des Sciences, Certificats d'Etudes exigés des candidats au grade de Chirurgien-Dentiste
187 élèves reçus de 1897 à 1904 dont 78 en 1903 ou 1904, moyenne : reçus 90 0/0 des élèves présentés
200 FR. DU 9 NOVEMBRE A JUILLET, 2 HEURES PAR JOUR
Cours 1^{re} partie, du Baccalauréat de 2 h. à 4 h. tous les jours : 450 fr. l'année scolaire
Directeur : A. DEBRAUX, 17, faub. Montmartre, Paris
Pension avec chambres particulières, prix modérés.

En vente à l'Ecole Dentaire de Paris :
CATALOGUE de la BIBLIOTHÈQUE
de l'Ecole Dentaire de Paris
Par E. BONNARD, avec la collaboration de J. DE CROES
Prix : un franc. (Port en sus 0,30.)

Comptoir international
D'ARTICLES DENTAIRES
et Maison LEMORL réunis
Dépôt des meilleures marques
15, Avenue Fonsny, 15
BRUXELLES

Photomicrographie histologique et bactériologique

Par J. CHOQUET,
Chirurgien-dentiste D. E. D. P. de la Faculté de Médecine de Paris.
Préparateur à l'Ecole dentaire de Paris
200 pages, 100 gravures et 8 planches en phototypie
Charles MENDEL, éditeur 118, rue d'Haussas, PARIS. Prix : 6 francs.

L'administration de L'ODONTOLOGIE,
possédant des collections presque complètes depuis la fondation du journal
(Juin 1881), peut céder à ses lecteurs les numéros dont ils ont besoin.

P. DENNINGER
47, rue des Batignolles, 47
PARIS

PROTHÈSE à FAÇON
Fournitures générales pour dentistes.
Spécialité de pièces en or et BRIDGE-WORK

RENSEIGNEMENTS UTILES

**La ligne: 20 francs par an, } dans 24 numéros.
Lignes en sus: 10 fr. la ligne }**

ALLIAGE DENTAIRE

Contenau et Godart fils, 7, rue du Bouloï, PARIS, TÉLÉPHONE 214.53.

CERTIFICAT D'ÉTUDES.

Institut des Langues et des Sciences. A. Debraux, dir., 17, fg. Montmartre.
170 élèves reçus (noms et adresses publiés) ces dernières années. Examens de 1903 : 40 élèves reçus sur 50; 1904, 38 élèves reçus sur 46. Les 4/5 du cours de 1901, 1902, 1903 et 1904 reçus. Envoi des noms et adresses des diplômés.

CONTINUOUS GUM

B. Platschick, 3, rue Ventadour (*Laboratoire spécial*). TÉLÉPHONE 222.82.

DENTS XX^e SIÈCLE

D^r Carlier, seul concessionnaire pour la France, 61, rue de Flandre, PARIS.

FOURNITURES GÉNÉRALES.

Comptoir international, 15, avenue Fonsny, BRUXELLES.

Contenau et Godart fils, 7, rue du Bouloï, PARIS. TÉLÉPHONE 214.53.

Cornelsen, 16, rue Saint-Marc, TÉLÉPHONE 218.69.

Colin Logan fils, 113, rue Réaumur, près la Bourse, PARIS. TÉLÉPHONE 288.79.

H. Ningler et Lemesle, 12, rue des Immeubles industriels.

Reymond frères	22, rue Le Peletier, PARIS. TÉLÉPHONE 312.91. 44, place de la République, LYON. 69, rue de la Croix de fer, BRUXELLES. 3, rue Petitot, GENÈVE.
----------------	---

Victor Simon et C^{ie}, 54, rue Lamartine, PARIS. TÉLÉPHONE 269.45.

Société coopérative des dentistes de France, 45, rue de La Tour-d'Auvergne, TÉLÉPHONE 223.04.

Société de Fournitures Dentaires.	58 bis, Chaussée-d'Antin, Paris TÉLÉPHONE 214.47. Adr. télég. : Sociédents.	Grande exposition, au dépôt de PARIS, de toutes les Nouveautés dans l'outil- lage de MM. les Dentistes.
---	---	--

V^{re} J. Wirth, 22-24, avenue Philippe-Auguste, PARIS. TÉLÉPHONE 923.48.

L'ODONTOLOGIE

L'Odontologie est une TRIBUNE LIBRE, où toutes les opinions peuvent se produire; les signataires gardent l'entièbre responsabilité de leurs appréciations.

Travaux Originaux

LES ÉCOLES ET LA LÉGISLATION DENTAIRES AUX ÉTATS-UNIS

Par le Dr MAURICE ROY,

Professeur à l'École dentaire de Paris,
Dentiste des Hôpitaux.

De tous les pays du monde, les Etats-Unis d'Amérique sont incontestablement celui où l'organisation des écoles dentaires a reçu son plus grand développement on en comptait 56 en 1900. Cela s'explique facilement si l'on songe que c'est en 1839 que fut fondée dans ce pays la première école dentaire, alors que ce n'est que vingt ans plus tard, en 1858, qu'une institution semblable était créée en Angleterre et quarante ans plus tard, en 1879, que se fondait, en France, la première école dentaire, l'Ecole dentaire de Paris; sans compter que, dans tous les autres pays, les écoles dentaires n'ont été fondées que bien plus tard encore et que certains pays d'Europe n'ont, à l'heure actuelle, encore aucun embryon d'enseignement professionnel.

De même, le nombre des dentistes est, rien qu'aux Etats-Unis, plus considérable que dans tous les autres pays réunis, on en compte près de 32.000. Il résulte donc de ces conditions particulières que

les Etats-Unis d'Amérique présentent tant au point de vue de l'enseignement qu'au point de vue de la législation une situation des plus intéressante à étudier.

Nous avions pu déjà avoir en France une idée du développement considérable des Ecoles dentaires aux Etats-Unis par différents rapports faits par plusieurs de nos confrères français qui avaient été en Amérique étudier sur place le fonctionnement des Ecoles américaines. Dubois M. Kuhn, en 1887, MM. Godon et Ronnet en 1893, M. Gires en 1899 avaient étudié l'enseignement de l'art dentaire aux Etats-Unis, mais ces différents auteurs n'avaient pu donner de cette question qu'une étude forcément restreinte en l'absence de documents où se seraient trouvées réunies toutes les indications relatives à toutes les écoles et à la législation de tous les Etats de l'Union, d'autant que, d'une part, cette législation, qui est différente dans chacun des 55 Etats de la confédération, est pour nombre de ceux-ci de date assez récente et que, d'autre part, comme on le verra plus loin, les écoles dentaires ont pris ces dernières années un développement prodigieux.

Aussi sommes-nous particulièrement heureux d'avoir la publication faite par l'Université de l'Etat de New-York qui, faisant pour la Dentisterie ce qu'elle a fait pour toutes les autres Facultés qui la constituent, a réuni dans un même fascicule tous les renseignements concernant les Ecoles dentaires et la législation de tous les Etats de l'Union américaine.

Cette publication, préparée par M. Henry L. Taylor, sous la direction de M. James Russell Parsons, comble une lacune regrettable dans un pays où l'art dentaire occupe une si grande place et nous nous proposons d'exposer, pour les lecteurs de ce journal, les indications extrêmement intéressantes qui découlent de l'ensemble de ces documents.

LES ECOLES DENTAIRES.

Un point particulièrement intéressant à faire ressortir dès le début de cette étude, c'est que, non seulement l'Amérique où se fonda la première école dentaire du monde n'a cessé de tenir la tête de toutes les nations au point de vue du nombre des écoles dentaires, mais encore que le nombre et l'importance de celles-ci et le nombre des étudiants a cru, dans ces vingt dernières années, dans des proportions prodigieuses et bien supérieures à celles suivies jusqu'alors ainsi qu'on va le voir.

La première école dentaire qui vit le jour fut, on le sait, le *Baltimore college of dental surgery* fondé en 1839, dans le but d'élever le niveau professionnel des dentistes après l'insuccès rencontré par les

tentatives qui furent faites auparavant pour créer des cours dentaires dans les écoles de médecine.

Ainsi donc, la fondation de l'Ecole de Baltimore, en même temps qu'elle marquait un pas important dans l'évolution scientifique des dentistes, posait aussi le principe de l'autonomie de l'art dentaire qu'elle proclamait par le fait même de sa création. Six ans après Baltimore College ; en 1845, se créait le *Ohio college of dental Surgery* ; en 1856, le *Pennsylvania college of dental Surgery* ; en 1863, le *Philadelphia dental college* ; en 1865, le *New-York college of dentistry* ; en 1856 on comptait, aux Etats-Unis, cinq écoles dentaires.

En 1878 le nombre des écoles s'élevait à douze et celui des étudiants à 701. C'est depuis cette dernière époque qu'a eu lieu le développement prodigieux dont nous parlions plus haut.

En effet, en 1899, le nombre des écoles, de 12 qu'il était en 1878, passe à 56 et celui des étudiants, durant la même période, de 701 à 7.633 ; en sorte que, en vingt ans, le nombre des écoles a presque quintuplé et celui des étudiants plus que décuplé (près de onze fois plus). Ces chiffres méritaient je pense d'être mis en relief.

Organisation des écoles. — Aux Etats-Unis, toutes les écoles dentaires sont des établissements privés, sans aucun rapport avec l'Etat ; mais, tandis que certaines sont indépendantes de toute organisation universitaire, d'autres sont rattachées à des universités dont elles forment une Faculté au même titre que le droit, la médecine, etc... Sur 56 écoles, 36 sont ainsi constituées en *Department* d'autres institutions. Cette organisation donne déjà une idée de la conception bien autonome de l'art dentaire aux Etats-Unis, conception que nous retrouverons également profondément marquée dans la législation de la plupart des Etats de l'Union.

Répartition géographique des écoles. — Les Etats-Unis comprennent actuellement, 55 divisions politiques (y compris Cuba, Puerto-Rico et les Philippines), 33 d'entre elles n'ont pas d'école, dans les 22 autres celles-ci sont réparties d'une façon très inégale suivant l'importance de l'Etat. On compte cinq écoles dans trois Etats : Illinois (toutes à Chicago) ; Ohio (trois écoles à Cincinnati, une à Cleveland, une à Columbus) ; Pennsylvania (quatre écoles à Philadelphie, une à Pittsburgh).

Trois Etats ont quatre écoles : California (deux écoles à San Francisco, une à Los Angeles, une à Oakland) ; Missouri (deux écoles à Saint-Louis et deux à Kansas City) ; Tennessee (trois écoles à Nashville, une à Knoxville).

Dans trois autres Etats, on compte trois écoles : Columbia (les trois écoles à Washington) ; Maryland (les trois écoles à Baltimore) New-York (deux écoles à New-York, une à Buffalo). Des treize

autres Etats, sept ont deux écoles¹ et six enfin n'en ont qu'une².

On voit par cette brève énumération que les deux villes qui tiennent la tête, au point de vue du nombre, sont Chicago avec cinq écoles et Philadelphie avec quatre.

Nombre d'étudiants. — Dans les 56 écoles, pendant l'année scolaire 1897-98, le nombre des étudiants a été de 7.221 et celui des gradués, ceux ayant obtenu à la fin de l'année scolaire le diplôme d'une école, de 1921. Pendant l'année 1898-99, date à laquelle s'arrête le document que nous analysons, le nombre des inscrits s'élevait, on l'a vu, à 7.633.

Le nombre des élèves, qui donne un pourcentage de 138 élèves par école, est extrêmement variable suivant les institutions et en rapport naturellement avec la population de la région, l'ancienneté et la réputation des écoles. Si certaines d'entre elles, pour ne prendre que les moins fréquentées, ne comptent que quinze élèves inscrits³, d'autres en comptent plus de six cents. Les écoles dentaires qui comptent le plus d'élèves sont : la *Dental School Northwestern University*, à Chicago qui en a 603, le *Chicago College of Dental Surgery*, à Chicago également qui en a 524 et le *Dental Department University of Philadelphia*, à Philadelphie qui en a 504. Viennent ensuite deux écoles de Philadelphie, le *Philadelphia Dental College* avec 329 étudiants et le *Philadelphia College of Dental Surgery* avec 324 étudiants, toutes les autres ont moins de trois cents élèves.

La ville qui tient la tête au point de vue du nombre des étudiants dentistes est Philadelphie qui, dans ses quatre écoles, en compte 1307 ; après elle vient Chicago qui, en cinq écoles, en a 1282 (1127 pour deux écoles seulement).

Corps enseignant. — La publication de l'Université de New-York ne nous fournit aucun renseignement sur le recrutement du corps enseignant qui est, croyons-nous, uniquement recruté au choix.

Il y a en général dans chaque école une dizaine de professeurs (de 4 à 22 comme nombres extrêmes) et de 15 à 30 démonstrateurs, assistants, etc... (de 1 à 44 comme nombres extrêmes, 4 n'en ont pas).

En plus de ces membres, 43 écoles ont quelques lecteurs (*lecturers*), grade qui correspond à peu près à celui de maître de conférence, (de 1 à 14).

Cela forme pour chaque école un nombre total de 8 à 49 membres

1. Colorado, Georgia, Indiana, Iowa, Massachusetts, Michigan, Virginia.

2. Alabama, Kentucky, Minnesota, Nebraska, Washington, Wisconsin.

3. *Dental Department Tennessee medical college* (département dentaire du collège médical de Tennessee) par exemple.

du corps enseignant. Une école en compte 63 avec 44 démonstrateurs et assistants, le *Dental Department Philadelphia medico-chirurgical college* qui ne compte cependant que 100 élèves. La *Dental School Northwestern University* de Chicago avec 603 élèves compte 22 professeurs et 27 démonstrateurs, assistants, etc., le *Chicago College of Dental Surgery* a 10 professeurs et 27 démonstrateurs pour 524 élèves. Le *Dental Department University of Pennsylvania*, pour ses 504 élèves, a un corps enseignant formé de 7 professeurs, 5 lecteurs, 28 démonstrateurs, assistants, etc.

Le nombre total des membres du corps enseignant des écoles dentaires aux Etats-Unis est de 1513 se décomposant ainsi : 549 professeurs, 215 lecteurs (*lecturers*) et 749 démonstrateurs, assistants, etc.

Durée des études. — Sauf pour une école qui demande quatre années d'études, le *Meharry dental department central Tennessee college* et qui par contre n'a que 5 mois de scolarité par an, les études dans toutes les autres écoles, ont une durée de trois ans.

La *National Association of Dental Faculties* avait décidé que, à partir de 1902, les études auraient une durée de quatre ans, mais cette année (1904) cette association est revenue sur cette décision qui n'est plus que facultative.

La durée de l'année scolaire, dont la moyenne est de 7 mois, varie de 5 à 9 mois.

Dans 5 écoles, chaque scolarité a une durée de 9 mois.

Dans 4 écoles, chaque scolarité a une durée de 8 à 9 mois.

Dans 11 écoles, chaque scolarité a une durée de 7 à 8 mois.

Dans 24 écoles, chaque scolarité a une durée de 6 à 7 mois.

Dans 12 écoles chaque scolarité a une durée de moins de 6 mois.

Conditions d'admission. — C'est là un des points les plus importants et qui soulève les plus vives discussions dans les associations ainsi que nous le verrons plus loin. En effet les exigences des écoles sont très diverses et, si certaines demandent une instruction préliminaire assez étendue, d'autres se contentent d'une instruction très sommaire. On conçoit l'importance de cette question car, si l'on veut maintenir les études spéciales à un niveau qui ne soit pas trop inférieur, il faut exiger des étudiants la justification qu'ils possèdent une bonne instruction générale au moment de leur entrée à l'école, c'est le but que s'efforce d'atteindre les deux grandes associations nationales dont nous parlerons plus loin.

6 écoles demandent 3 années d'études secondaires (*high school*).

11 écoles demandent 2 années d'études secondaires (*high school*).

18 écoles demandent 1 année d'études secondaires (*high school*).

18 écoles se contentent d'une instruction primaire.

3 écoles n'ont pas fourni de renseignement.

Chose curieuse, et que l'on ne s'attendait pas à rencontrer en Amérique où les femmes jouissent dans la vie civile d'une grande liberté d'allure, le beau sexe est exclu de certaines écoles ; douze d'entre elles n'admettent comme élèves que des hommes, les quatre-vingt-quatre autres admettent les étudiants des deux sexes.

Les étudiants en cours d'études, s'ils ont accompli dans une autre école reconnue une ou deux années d'études équivalentes, peuvent être inscrits en seconde ou en troisième année.

Nature des cours. — Le nombre et la nature des cours varie peu dans les différentes écoles, ils sont analogues à ceux de l'Ecole dentaire de Paris et comportent comme cours théoriques : la dentisterie opératoire, la prothèse, l'anatomie, l'histologie et la pathologie dentaires ; l'anatomie, la physiologie, l'histologie et la thérapeutique générales ; la bactériologie, la chirurgie buccale, orthodontie et l'anesthésie, la métallurgie, les couronnes et le bridge-work, la jurisprudence.

Les cours pratiques comprennent : la dissection, l'histologie, la chimie, la dentisterie opératoire et la prothèse.

Nous manquons de renseignements quant à la durée respective de chacun de ces cours.

Budget des écoles. — Comme on le conçoit, le budget de toutes ces écoles varie en raison de leur importance.

Les recettes des 23 écoles qui ont fourni des renseignements à ce sujet s'élèvent à un total de 2.299.980 fr. soit une moyenne de 100.000 fr. pour chaque école. Les dépenses de 22 de ces écoles forment un ensemble de 2.108.445 fr. soit une moyenne de 95.840 fr.

Le budget de la *Dental school Northwestern University*, de Chicago, déjà cité comme celle comptant le plus grand nombre d'élèves se résume ainsi : recettes, 400.000 fr. ; dépenses, 400.000 fr. ; propriétés, 625.000 fr. ; c'est l'école dont les recettes et dépenses sont le plus élevées.

19 écoles ont fait connaître l'importance de leur propriété qui est au total, pour ces 19 écoles, de 5.754.575 fr. soit une moyenne de 302.875 fr. Une école cependant possède une fortune notamment supérieure à la moyenne, c'est *The Dental Department Howard University* à Washington qui possède 1.250.000 fr.

Les recettes des écoles sont constituées par les droits payés par les étudiants d'une part et par la rétribution payée par les malades d'autre part, les soins étant généralement payants.

Nous manquons de renseignements en ce qui concerne ce dernier ordre de ressources ; quant aux droits payés par les élèves ils sont divisés en trois catégories : droits d'immatriculation, droits de cours, droits additionnels.

Les droits d'immatriculation n'existent que dans 40 écoles ils sont de 25 à 75 francs suivant les écoles.

Les droits de cours existent dans toutes les écoles, ils sont généralement de 500 francs par an (35 écoles sur 56) mais ils dépassent ce chiffre dans 7 écoles où les droits varient de 600 à 825 fr. Ils sont inférieurs à 500 fr. dans 14 écoles où ils varient de 150 à 425 fr.

50 écoles ont, en outre, des droits additionnels très variables (de 15 à 375 fr.) 155 fr. comme moyenne des 50 écoles.

LES SOCIÉTÉS DENTAIRES D'ETAT ET LES ASSOCIATIONS NATIONALES

Il existe dans chaque Etat, en dehors des sociétés scientifiques diverses, une société ou association dentaire d'Etat, société formée par tous les dentistes enregistrés exerçant dans cet Etat. Ces associations sont reconnues par les lois qui en prescrivent la constitution et qui leur reconnaissent souvent des prérogatives très importantes que nous aurons occasion de signaler dans la partie de cette étude relative à la législation. Citons, à titre d'exemple, le texte de l'article 991 de la loi de l'état de South Carolina relatif à l'association dentaire de cet Etat :

« La *South Carolina state dental association* (association dentaire d'Etat de la Caroline du Sud) est un corps politique reconnu, elle peut avoir un sceau public, elle a le droit d'ester en justice pour défendre ou accuser et elle est autorisée à faire, pour son administration, tous les règlements qui ne sont pas contraires aux lois de l'Etat ou à la constitution. »

Mais en dehors de ces sociétés d'Etat, il existe aux Etats-Unis deux grandes associations nationales qui ont une importance considérable dans la direction scientifique des écoles et dans la réglementation des examens d'Etat, c'est, d'une part, la *National association of dental examiners* (N. A. D. E.) (association nationale des examinateurs dentaires) et la *National association of dental faculties* (N. A. D. F.) (association nationale des facultés dentaires). Nous allons exposer brièvement le but et l'organisation de ces deux importantes associations.

National association of dental examiners. — Cette association fondée en 1883 a pour but d'assurer un règlement uniforme et un programme assez élevé pour tous les examens à la licence donnant droit à la pratique légale, et autant que possible une uniformité de méthode dans les opérations des jurys d'examens (*Boards of dental examiners*). Sont membres de cette association tous les jurys d'Etat qui désirent en faire partie, ils sont représentés par des délégués à la *National association of dental examiners*.

Les écoles désirant obtenir la recommandation de la N. A. D. E.

auprès des jurys d'Etat doivent : 1^o en faire la demande à l'association 2^o exiger des étudiants avant leur admission un examen écrit sur les matières suivantes : anglais, géographie, histoire, arithmétique, algèbre, géométrie plane, latin, physique élémentaire.

Le candidat doit avoir au moins 75 % de moyenne comme note pour cet examen dont sont dispensés les candidats possédant un certificat d'études secondaires (*certificate of graduation from a high school, college or university*) ou un certificat d'inscription en première année d'une université. Les établissements ayant délivré ces certificats doivent présenter des garanties suffisamment sérieuses auprès des *Boards of examiners* de la région où ils résident. Ces mêmes exigences devront être requises des étudiants venant d'une autre école dentaire, où elles n'auraient pas été exigées à l'entrée.

Depuis 1901 le certificat exigé est celui d'entrée en seconde année de *high school* (école secondaire) ou un examen équivalent organisé par le superintendant de l'instruction publique.

3^o Les études dans les écoles dentaires reconnues par la N. A. D. E. doivent être de trois ans et la durée de chacune de ces années de six mois au moins de scolarité ;

4^o Le corps enseignant doit comprendre au moins six professeurs et les cours doivent comprendre les matières suivantes : dentisterie opératoire, pathologie dentaire, prothèse, chirurgie buccale, anatomie, physiologie, éléments de pathologie générale, matière médicale et thérapeutique, chirurgie générale. Les étudiants doivent suivre des travaux pratiques de chimie et de bactériologie dans un laboratoire *ad hoc*.

Ces écoles doivent posséder en outre de ces laboratoires un nombre convenable de salles de cours, un dispensaire dentaire bien organisé et un laboratoire de prothèse. Elles doivent donner une instruction méthodique aux étudiants ;

5^o Il y a incompatibilité entre les fonctions de membre d'un *board of examiners* et une fonction quelconque dans une école ;

6^o Toute violation de ces conditions minimum par une école reconnue entraîne sa radiation de la liste des écoles recommandées ;

7^o Les écoles ayant un représentant dans la *National association of dental faculties* sont classées parmi les écoles recommandées.

National association of dental faculties. — Cette association a été fondée en 1884, elle a pour but le progrès de l'éducation dentaire. « Un bureau de trois membres constitue le comité exécutif qui a le pouvoir de désigner la date, le lieu et l'ordre du jour de chaque réunion et de vérifier les pouvoirs des membres. Sur la recommandation du comité exécutif et aux deux tiers des voix de l'association, les écoles peuvent être admises à se faire représenter à la N. A. D. F.

après avoir signé la *constitution* conformément aux règlements et payé leur cotisation. »

Un comité permanent de cinq membres, appelé comité des relations étrangères est désigné chaque année pour se tenir au courant de la législation dentaire en Amérique et en Europe. Par l'entremise d'un comité d'avis (*advisory board*) désigné dans les principaux pays d'Europe, ce comité des relations étrangères donne son avis sur toutes les demandes d'étudiants étrangers désirant suivre les cours d'une école américaine et sur les équivalences de diplôme qui peuvent être demandées par ceux-ci.

Les principales conditions requises par la N. A. D. F. pour les écoles qui veulent être admises à se faire représenter dans son sein sont les suivantes :

1^o Le minimum requis comme éducation préliminaire des étudiants doit être un certificat d'entrée en seconde année d'enseignement secondaire (high school) ou un certificat reconnu équivalent par les autorités de l'Etat ;

2^o Aucun étudiant ne peut être admis en cours régulier d'étude plus de dix jours après l'ouverture de la scolarité annoncée par la brochure ;

3^o Les écoles ne peuvent recevoir, dans une classe plus avancée, que les étudiants possédant un certificat constatant qu'ils ont subi avec succès les examens de la classe précédente ;

4^o Les certificats doivent être délivrés dans les trente jours qui suivent l'examen et vérifiés par le doyen. Les certificats des candidats étrangers doivent être soigneusement examinés pour être admis à l'équivalence ;

5^o Peuvent être admis en seconde année : a. Les médecins gradués d'une école de médecine réputée ; ils peuvent être en outre dispensés des cours et examens en anatomie générale, chimie, physiologie, matière médicale et thérapeutique.

b. Les élèves non gradués d'une école de médecine réputée ayant accompli une année entière d'études et ayant passé avec succès l'examen de première année.

c. Les gradués d'une école de pharmacie enregistrée ou d'une école de médecine vétérinaire ;

6^o Pour se présenter à l'examen du diplôme les élèves doivent avoir assisté à trois années complètes d'études, chacune de sept mois au moins de scolarité ou à quatre années de six mois de scolarité dans des années différentes ;

7^o L'examen doit avoir lieu en anglais uniquement ;

8^o Un étudiant suspendu ou exclu par une école ne peut être reçu par une autre école dans la même session et un étudiant ne peut recevoir un certificat pour l'année dont il a été exclu. Avis de la

suspension doit être envoyé à toutes les écoles de l'association;

9° Aucun certificat ou diplôme n'est considéré comme valable s'il n'a été délivré après études et examens réguliers ;

10° Le temps d'études fait dans les écoles qui ne font pas partie de l'association n'est pas admis à l'équivalence ;

11° Les années d'études doivent être graduées et suivies d'exams.

En 1900, la N. A. D. F. comptait 46 écoles¹ sur 56 existant aux Etats-Unis.

LA LÉGISLATION DENTAIRE.

On sait qu'il n'existe pas de législation dentaire commune à tous les Etats-Unis. Ceux-ci sont organisés au point de vue politique en confédération dans laquelle tous les Etats ont une entière autonomie quant à l'administration intérieure.

L'Etat d'Alabama est le premier état de l'Union qui ait promulgué une loi réglementant l'art dentaire, en 1841. Mais bien peu imitèrent cet exemple ; c'est ainsi que dans l'Etat de New-York qui vient ensuite par ordre d'ancienneté, la législation dentaire date seulement de 1868, les autres sont de date beaucoup plus récente.

En sorte que l'exercice de l'art dentaire resta longtemps libre dans un grand nombre d'Etat. Mais peu à peu, et particulièrement depuis une quinzaine d'années cet état de choses s'est complètement modifié et, en 1900, l'exercice de l'art dentaire était réglementé par une loi dans tous les Etats sauf deux : le *Territoire Indien* et l'*Alaska* dont l'organisation politique est rudimentaire.

Dans tous les Etats, l'exercice de l'art dentaire a fait l'objet d'une loi spéciale, absolument indépendante des lois régissant l'exercice de la médecine.

Toutes ces lois ont un grand nombre de caractères communs. C'est ainsi que, définissant les conditions d'exercice légal de l'art dentaire, toutes édictent que, à partir de la promulgation de la loi, nul ne peut exercer l'art dentaire s'il n'est pourvu d'une *Licence* délivrée par un jury d'Etat, *Board of examiners*, et enregistrée sur un registre spécial, *Dental record*. Toutes, elles prévoient les dispositions transitoires les plus larges ; le droit d'exercer l'art dentaire étant reconnu à toute personne engagée dans la profession au moment de la promulgation de la loi et en ayant fait la déclaration dans les délais prescrits.

Naturellement toutes les lois dentaires déterminent pour chaque

1. En y comptant le *Royal college dental surgeon of Ontario* de Toronto qui, quoique au Canada a adopté les règlements de la N. A. D. F.

Etat l'organisation du jury, la date et le lieu des sessions, les formalités, les délais et les droits d'inscriptions pour l'examen de la licence, les remboursements en cas d'échec, les délais d'ajournement, etc. Elles indiquent les formalités et les droits d'enregistrement des licences sur le *dental record*. Les différentes lois déterminent enfin les conditions d'exercice illégal et les pénalités qu'elles comportent.

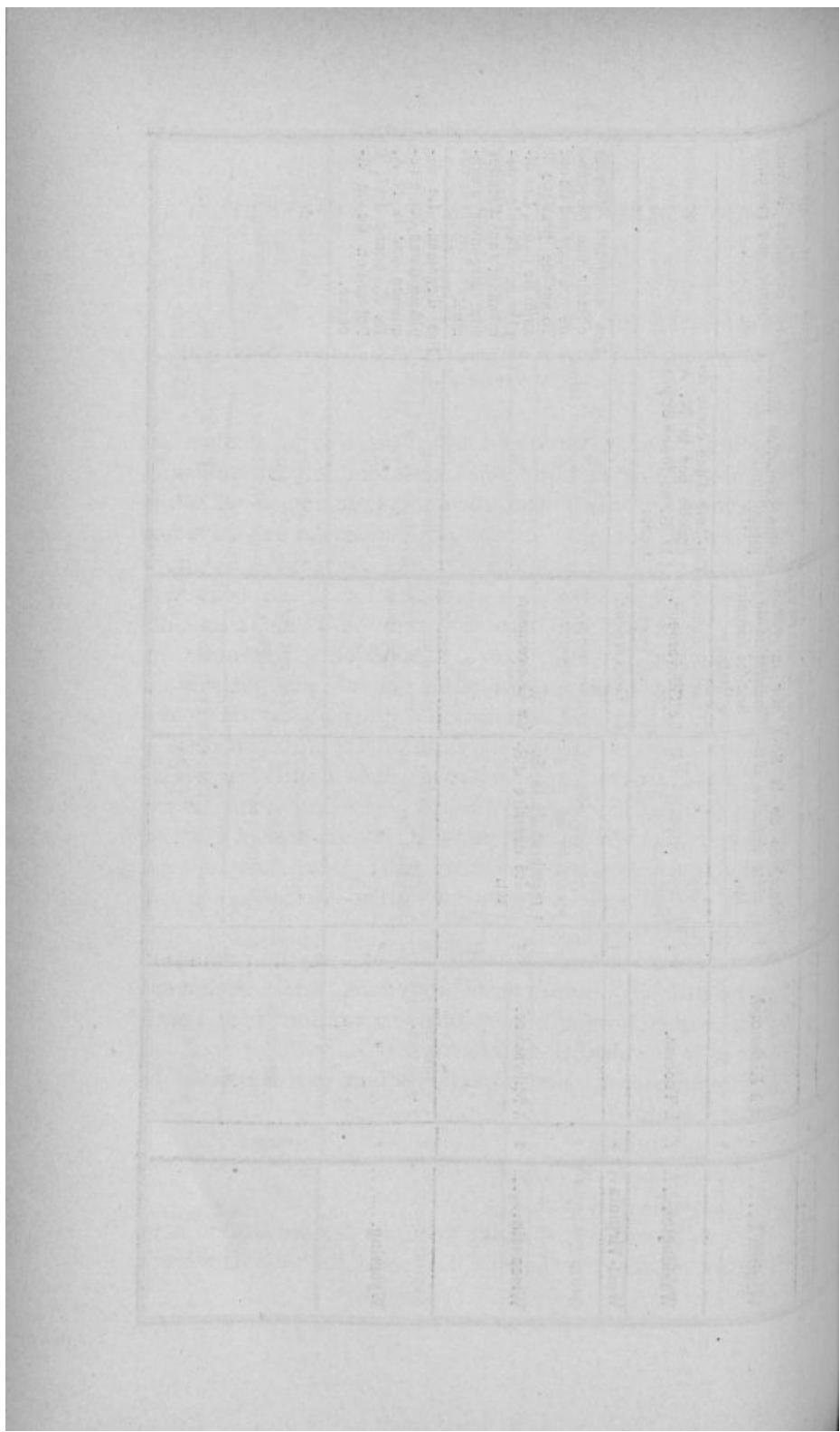
Nous ne pouvons examiner en détail chacune de ces lois, nous nous bornerons à résumer dans le tableau d'ensemble ci-joint les principales dispositions concernant l'organisation des examens d'Etat.

ÉTATS	ÉCOLES Nombre.	JURY		Conditions requises pour la nomination.	Conditions requises pour se présenter à l'examen.	Observations et Dispenses.
		Résidence.	Conditions requises pour la nomination.			
Alabama	1 Birmingham.	5 ans de pratique, membres de l'Association dentaire d'Etat.	La Société dentaire d'Etat.		n	n
Alaska	n	n	Pas de loi dentaire.		n	n
Arizona	n	n	Gradué d'une école reconnue ou 10 ans de pratique.	Le Gouverneur.	2 ans de pratique.	Les gradués d'une école reconnue N. A. D. E. sont licenciés sans examen.
Arkansas	n	n	n	Le Gouverneur.	Diplômé d'une école reconnue N. A. D. E.	Le Jury ne tient pas de session d'examen, la licence est accordée aux diplômés d'une école reconnue.
California	4 à San-Francisco. 1 à Los Angeles. 1 à Oakland.	7	n	Le Gouverneur.	n	Les diplômés d'une école reconnue N. A. D. F. sont dispensés de l'examen.
Colorado	2 à Denver.	5	3 membres sont présents par la Société dentaire d'Etat.	Le Gouverneur.	Diplômé d'une école reconnue.	Aucune dispense. Le candidat doit obtenir une moyenne de 70/100 pour être licencié.
Connecticut	n	n	5 ans avec 30 praticiens.	Le Gouverneur.	Diplômé d'une école reconnue ou 3 ans d'internat à l'étranger, avec 30 praticiens.	Les diplômés d'une école reconnue doivent faire 3 ans d'internat à l'étranger avec 30 praticiens.
Florida	n	n	Recommandé par la State dental Society.	Le Gouverneur.	Diplômé d'une école reconnue ou licencié dans un autre Etat.	Diplômé d'une école reconnue ou licencié Aucune dispense.
Georgia	2 à Atlanta.	5	1 médecin, 2 dentistes.	Le Gouverneur.	Diplômé d'une école reconnue ou licencié d'un autre Etat et 3 ans de pratique dans un cabinet.	Les diplômés d'une école reconnue sont dispensés de l'examen.
Hawaï	n	n	n	Le Gouverneur.	Règlement de la N. A. D. E.	Peuvent être dispensés par le Jury : 1 ^o diplômés d'une école dentaire reconnue ; 2 ^o diplômés d'une école de médecine ; 3 ^o les praticiens ayant 10 ans de pratique ininterrompue dans l'Etat.
Idaho	n	n	n	Le Gouverneur.	Règlement de la N. A. D. E.	Peuvent être dispensés par le Jury : 1 ^o diplômés d'une école dentaire reconnue ; 2 ^o diplômés d'une école de médecine ; 3 ^o les praticiens ayant 10 ans de pratique ininterrompue dans l'Etat.
Illinois	5 à Chicago.	5	n	Le Gouverneur.	Règlement de la N. A. D. E.	Peuvent être dispensés par le Jury : 1 ^o diplômés d'une école dentaire reconnue ; 2 ^o diplômés d'une école de médecine ; 3 ^o les praticiens ayant 10 ans de pratique ininterrompue dans l'Etat.
Territoire indien	n	n	n	Pas de loi.	n	n
Indiana	2 Indianapolis.	5	n	1 membre par le Gouverneur, 1 membre par le State board of health, 3 membres par la Société dentaire de l'Etat.	n	Sont dispensés de l'examen : 1 ^o les diplômés des écoles reconnues par la N. A. D. E. demandant 2 ans d'études secondaire (High school) avant l'admission ; 2 ^o les licences des Etats ayant les mêmes exigences que celui d'Indiana.

ÉTATS	ÉCOLES Nombre.	JURY		POUR LA DÉLIVRANCE DE LA LICENCE.		POUR L'OBTENTION DE LA LICENCE.	
		Résidence.	Conditions requises pour la nomination.	La nomination est faite par le jury.	Conditions requises pour se présenter à l'examen.	Observations et Dispenses.	Les examens sont écrits, le jury peut y ajouter des épreuves pratiques de dentisterie et de prothèse. Le candidat doit obtenir une moyenne de 75% pour l'écrit et 80% pour la pratique. Peuvent être dispensés de l'examen les diplômés des écoles reconnues par la N. A. D. E. et les praticiens ayant 6 ans de pratique.
Iowa.....	2 à Iowa-City. 1 à Keokuk.	5 ans de pratique.	Le Gouverneur.	3 ans d'études de la dentisterie.	Les diplômés des écoles reconnues par la N. A. D. E. sont dispensés d'examen.	La Kentucky State Dental Association est chargée de l'administration de la loi. Sont dispensés de l'examen les diplômés des écoles reconnues par la N. A. D. E. Les diplômés y compris les diplômés des écoles spéciales dentaires par la N. A. D. E.	Le jury peut y ajouter des épreuves pratiques de dentisterie et de prothèse. Le candidat doit obtenir une moyenne de 75% pour l'écrit et 80% pour la pratique. Peuvent être dispensés de l'examen les diplômés des écoles reconnues par la N. A. D. E. et les praticiens ayant 6 ans de pratique.
Kansas.....	" "	4 "	Le Gouverneur.	"	Les diplômés des écoles reconnues par la N. A. D. E. sont dispensés d'examen.	La Kentucky State Dental Association est chargée de l'administration de la loi. Sont dispensés de l'examen les diplômés des écoles reconnues par la N. A. D. E. Les diplômés y compris les diplômés des écoles spéciales dentaires par la N. A. D. E.	Le jury peut y ajouter des épreuves pratiques de dentisterie et de prothèse. Le candidat doit obtenir une moyenne de 75% pour l'écrit et 80% pour la pratique. Peuvent être dispensés de l'examen les diplômés des écoles reconnues par la N. A. D. E. et les praticiens ayant 6 ans de pratique.
Kentucky.....	1 à Louisville.	5	Membres de la Société dentaire de l'Etat.	Par la Société dentaire de l'Etat.	Le Gouverneur.	Le Gouverneur.	Le jury peut accorder des dispenses d'examen par la N. A. D. E.
Louisiane.....	" "	5 ans de pratique.	Membres de la Société dentaire de l'Etat.	Le Gouverneur.	Etre âgé de 21 ans, être diplômé d'une école recommandée par la Société dentaire de l'Etat.	Le Gouverneur.	Le jury peut accorder des dispenses d'examen par la N. A. D. E.
Maine.....	" "	6	N'avoir aucun lien professionnel avec un collègue dentaire ou un département dentaire d'une Université.	Le Gouverneur.	Etre âgé de 21 ans, avoir une bonne instruction générale et dentaire.	Le Gouverneur.	Le jury peut accorder des dispenses d'examen par la N. A. D. E.
Maryland.....	3 à Baltimore.	5	N'avoir aucun lien professionnel avec un collègue dentaire ou un département dentaire d'une Université.	Le Gouverneur.	Etre diplômé d'une école recommandée par la Société dentaire de l'Etat.	Le Gouverneur.	Le jury peut accorder des dispenses d'examen par la N. A. D. E.
Massachusetts.	2 à Boston.	3	Membres de la Société dentaire de l'Etat.	Le Gouverneur.	Etre diplômé d'une école recommandée par la Société dentaire de l'Etat.	Le Gouverneur.	Le jury peut accorder des dispenses d'examen par la N. A. D. E.
Michigan.....	1 à Ann Arbor. 1 à Detroit.	3	Membres de la Société dentaire de l'Etat.	Le Gouverneur.	Etre diplômé d'une école recommandée par la Société dentaire de l'Etat.	Le Gouverneur.	Le jury peut accorder des dispenses d'examen par la N. A. D. E.
Minnesota.....	1 à Minneapolis.	5	Membres de la Société dentaire de l'Etat.	Le Gouverneur.	Etre diplômé d'une école recommandée par la Société dentaire de l'Etat.	Le Gouverneur.	Le jury peut accorder des dispenses d'examen par la N. A. D. E.
Mississippi.....	" "	5	Membres de la Société dentaire de l'Etat.	Le Gouverneur.	Posséder un certificat de moralité et les conditions préliminaires d'instruction générale requises par la N. A. D. E.	Le Gouverneur.	Le jury peut accorder des dispenses d'examen par la N. A. D. E.
Missouri.....	2 à Saint-Louis. 2 à Kansas-City.	5	Membres de la Société dentaire de l'Etat.	Le Gouverneur.	Posséder un certificat de moralité, avoir fait 3 ans d'études avec un praticien enregistré, ou avoir une licence d'un autre Etat.	Le Gouverneur.	Le jury peut accorder des dispenses d'examen par la N. A. D. E.

ÉTATS	ÉCOLES		JURY		POUR LA DÉLIVRANCE DE LA LICENCE.		POUR L'OBTENTION DE LA LICENCE.	
	Résidence.	Nombre.			Conditions requises pour la nomination.	La nomination est faite par	Conditions requises pour se présenter à l'examen.	Observations et Dispenses.
Montana.....	"	5	"	"	Le Gouverneur.	Le State board of health sur la recommandation de la Société dentaire d'Etat.	Avoir l'éducation générale préliminaire prescrite par la N. A. D. E. et jans de pratique avec un praticien licencé.	Les diplômés d'une école reconnues par la N. A. D. E. peuvent être dispensés d'examen.
Nebraska.....	1 à Omaha.	3	"	"	Membres de la Société dentaire d'Etat (Nebraska state dental Society).	Posséder l'instruction générale préliminaire prescrite par la N. A. D. F.	Posséder l'instruction générale préliminaire prescrite par la N. A. D. F.	Les diplômés des écoles reconnues par la N. A. D. F. sont dispensés d'examen.
Nevada.....	"	3	"	"	3 membres au moins doivent être membres de la Nevada state dental Society.	Le Gouverneur sur la recommandation de la Nevada state dental Society.	Le Gouverneur sur la recommandation de la Nevada state dental Society.	Les diplômés d'une école reconnue peuvent être dispensés d'examen.
New-Hampshire	"	"	"	"	"	"	"	"
New-Jersey	"	"	"	"	Membres de la Société dentaire d'Etat.	Le Gouverneur sur la recommandation de la Society of dentists of New Jersey.	21 ans, avoir fait 4 ans d'études secondaires (high school), avoir le diplôme d'une école recommandée ou une recommandation écrite des dentistes, ayant une licence dans un autre Etat.	Les candidats doivent obtenir 70% des points en moyenne, celui n'ayant pas obtenu le 1/3 des points ne peut se représenter. Les licenciés d'un autre Etat doivent avoir une licence dans un autre Etat et être connus dans leur Etat.
Ohio.....	"	"	"	"	"	"	"	"
North-Carolina .	"	6	"	"	Membres de la Société dentaire d'Etat.	La Société dentaire d'Etat.	Conditions requises par la N. A. D. E.	Les candidats doivent obtenir une moyenne de 80%.
North-Dakota...	"	5	"	"	"	Le Gouverneur.	3 ans d'études dans une école ou avec un praticien enrégistré.	Les candidats doivent obtenir une moyenne de 80%.
Oklahoma.....	"	"	"	"	"	Le Gouverneur.	Les conditions prescrites par la N. A. D. E.	Les diplômés d'une école reconnue par la N. A. D. E. sont dispensés d'examen.
Oregon.....	"	"	"	"	Membres de la Société dentaire d'Etat.	Le Gouverneur.	Les conditions prescrites par la N. A. D. F.	Les diplômés des écoles reconnues par la N. A. D. F. sont dispensés d'examen.

ÉTATS	ÉCOLES		JURY		EXAMEN	
	Nombre.	Résidence.	Conditions requises pour la nomination.	La nomination est faite par le <i>Dental council</i> sur la recommandation de la Société dentaire d'Etat.	Conditions requises pour se présenter à l'examen.	Observations et Dispenses.
Pennsylvania...	4 à Philadelphie. 5 à Pittsburgh.	6	Membres de la Société dentaire d'Etat.	Posséder le diplôme d'une école reconnue par la N. A. D. E.	L'acte est administré par le <i>Dental council</i> . Les candidats doivent obtenir une moyenne de 75%. Les licences des autres Etats ayant les mêmes exigences que celui de Pennsylvania sont dispensées d'examen.	"
Rhode-Island...	"	"	"	"	"	"
South-Carolina...	"	"	"	"	"	"
South-Dakota...	"	"	"	"	"	"
Tennessee.....	3 à Nashville. 1 à Knoxville.	6	"	"	"	"
Vermont.....	"	"	"	"	"	"
Washington....	1 à Tacoma.	5	"	"	"	"
West-Virginia...	"	"	"	"	"	"
Wisconsin.....	1 à Milwaukee.	5	3 membres de la Société dentaire d'Etat.	Le Gouverneur.	Diplômé d'une école reconnue par la N. A. D. E. ou 10 ans de pratique.	Les candidats doivent obtenir une moyenne de 75%.
Wyoming.....	"	"	"	"	"	"



NOUVEAUX ÉLÉVATEURS. LA NGUES-DE-CARPE ET PIEDS-
DE-BICHE

Par J. DE CROES

Professeur suppléant à l'École dentaire de Paris.

*(Communication faite à la Société d'Odontologie, Séance du
7 février 1905.)*

Quoiqu'il puisse sembler à beaucoup que le nombre des instruments d'extraction, déjà considérable, est suffisant, nous avons pu dans notre pratique juger que, si tel est le cas en ce qui concerne les daviers, il n'en est pas de même pour les autres, d'une pratique moins courante et que nous nous trouvons souvent embarrassés, lors d'une extraction difficile, pour le choix d'un élévateur ou d'une langue-de-carpe. Ces instruments, dont la fabrication a fortement dévié des formes-types, ou qui n'ont pas été modifiés suivant les besoins de la pratique actuelle, ont pourtant leur emploi ; aussi avons-nous pensé faire œuvre utile en présentant des élévateurs fabriqués et modifiés d'après ces nécessités et dont les modèles resteront invariables à l'avenir, car il est convenu avec les fabricants, MM. Contenau et Godart, que chaque instrument devra être calibré dans un appareil spécial, rappelant exactement la forme-type, avant d'être livré aux praticiens.

En vous les soumettant, nous n'avons pas la prétention de présenter des instruments nouveaux, mais seulement des instruments modifiés et plus en rapport avec l'antisepsie et la commodité opératoire.

Les instruments sur lesquels portent ces modifications sont les suivants :

- 1° Les élévateurs ;
- 2° Les langues-de-carpe ;
- 3° Les pieds-de-biche.

1° *Les élévateurs.* — Sans critiquer les élévateurs déjà existants, nous avons pensé qu'il serait bon de chercher à

condenser les qualités de chaque modèle en une série-type; aussi, tout en empruntant la lame des élévateurs Anjubault, qui nous semble préférable, avons-nous cherché, par la courbure de leur tige, à les apprivoiser un peu plus aux nécessités de chaque cas.

C'est ainsi que nous avons fait établir, pour les extractions portant sur le maxillaire supérieur, trois élévateurs (V. fig. 2), dont les tiges possèdent des courbures de plus en plus accentuées, pour permettre à l'opérateur de les employer dans toutes les positions et dans les différentes parties de la cavité buccale, sans que pour cela il soit gêné, pendant les manœuvres d'extraction, par les lèvres ou par le maxillaire inférieur. Les manches de ces instruments tout en métal se prêtent parfaitement aux besoins d'antisepsie qui régissent maintenant toute intervention sanglante.

Nous avons fait exécuter aussi deux élévateurs pour les racines du maxillaire inférieur, permettant suivant les cas, l'introduction inter-alvéolaire, interne ou externe (V. fig. 3).

Ces instruments, conditionnés d'après les mêmes principes, augmentent cette série d'élévateurs de deux modèles qui n'existent pas encore et qui pourront rendre les plus grands services.

2^e *Langues-de-carpe.* — Les modifications apportées ici sont de deux sortes : les premières portent sur les lames ; les secondes, sur les manches.

Les lames sont minces, effilées et de deux largeurs différentes (V. fig. 4) ; jusqu'ici nous étions en effet obligés de modifier nous-même les lames de ces instruments généralement grossièrement exécutés.

Les manches sont en métal, complètement fermés, ne blessent plus les mains de l'opérateur comme les anciens modèles ; ils présentent une facilité d'asepsie très grande.

3^e *Pieds-de-biche.* — Le modèle que nous présentons est entièrement nouveau ; il vient terminer la série des pieds-de-biche que nous avons déjà présentés en 1898 et qui ont une forme baïonnette, permettant l'extraction des racines éloignées.

Fig. 1.

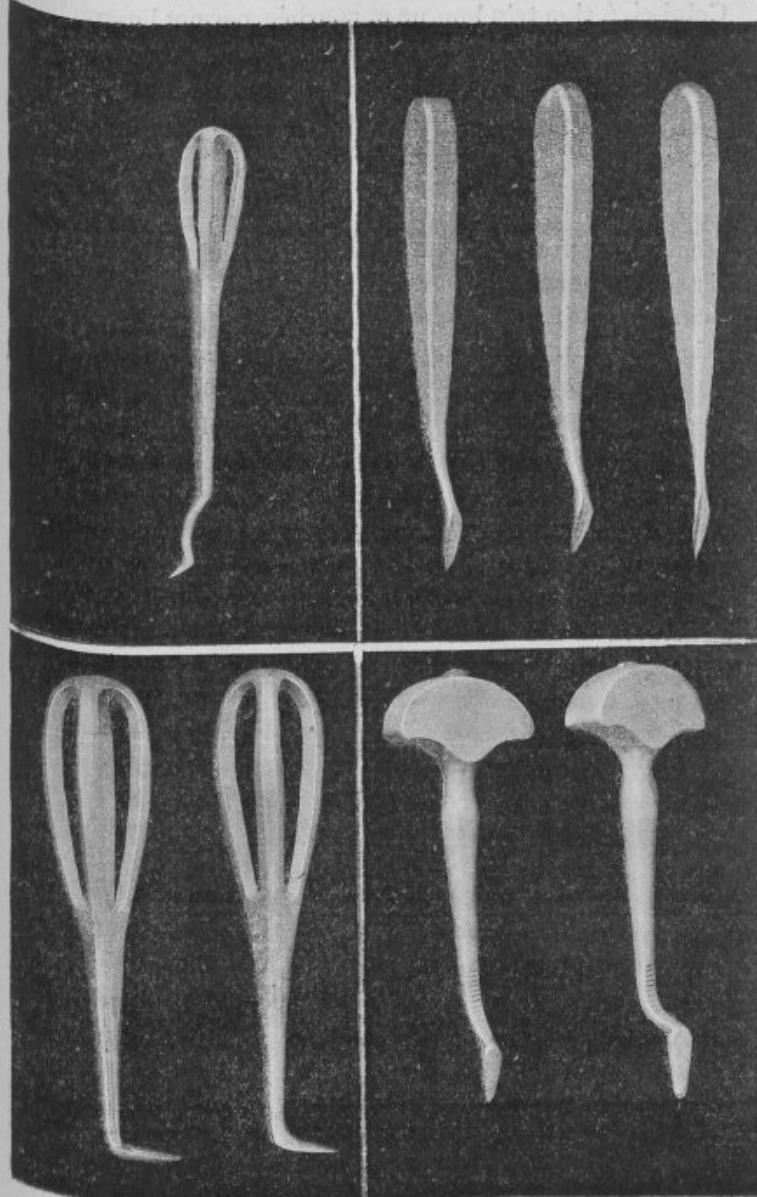


Fig. 2.

Fig. 3.

Fig. 4.

Celui-ci, à tige très longue et courbée, permet l'extraction des racines par leur face interne ou linguale, lorsque le bord externe ou jugal n'existe plus (V. fig. 1). La courbure que présente la tige permet l'abaissement de l'instrument sans qu'on soit gêné par les dents opposées.

Comme nous l'avons dit plus haut, nous n'avons pas la prétention de vous présenter des instruments nouveaux, mais simplement des modifications à des appareils déjà existants, modifications que nous croyons appréciables. La pratique viendra montrer leur valeur, mais dans tous les cas, sans même prétendre avoir idéalisé chacun de ces modèles, nous espérons par ces rectifications provoquer chez nos confrères, qui connaissent les ennuis et les déboires opératoires amenés par des instruments mal conditionnés, une discussion d'où jailliront encore des modifications nouvelles.

CONTRIBUTION AU TRAITEMENT DE LA CARIE DU
4^e DEGRÉ ET DE SES COMPLICATIONS

Par P. CREUZET, D. E. D. F., D. F. M. L.

(Communication au Congrès de Grenoble.)

Depuis le mois de mars 1903 je traite la plupart des complications du 4^e degré par des injections intra-radiculaires d'eau oxygénée formolée.

C'est le résultat de mes recherches sur ce point que je publie ci-dessous.

Observation I. — 4^e DEGRÉ, AVEC ARTHRITE ALVÉOLO-DENTAIRE. — M^{me} P..., 19 ans, ménagère, se présente le 17 novembre 1902 avec une arthrite alvéolo-dentaire, localisée aux deux premières prémolaires supérieures droites antérieurement obturées.

J'ouvris aussitôt les cavités et constatai que les canaux étaient infectés. Je passai dans les canaux des mèches d'eau oxygénée. Je fis des pointes de feu et des badigeonnages de teinture d'iode sur la gencive; des pansements à demeure de formol, d'essence de girofles, de menthol n'améliorèrent aucune amélioration.

Le 18 février je commençai à faire des injections d'eau oxygénée étendue de trois ou quatre fois son volume d'eau, d'abord dans les canaux, puis entre l'alvéole et la dent. Les résultats obtenus furent peu satisfaisants, la périodontite persistait.

C'est alors que j'eus l'idée d'employer l'eau oxygénée associée au formol, ces deux corps devaient, d'après leurs formules respectives, dégager de l'ozone, antiseptique très puissant.

Je commençais les injections le 4 mars. Dès le 25 du même mois, après trois séances, je pouvais mettre ces dents en observation, la périostite allant en diminuant. Le 29 avril j'obturais à l'amalgame la deuxième prémolaire (carie face mésiale) et je renouvelais mes pansements dans la première prémolaire (carie face distale), que je mis de nouveau en observation.

Enfin le 13 mai la périodontite ayant cessé également sur la première prémolaire, je l'obturai aussi à l'amalgame. J'avais laissé dans chacune des cônes de gutta formolée.

En octobre, je constatai que les dents étaient définitivement guéries.

Observation II. — 4^e DEGRÉ, AVEC ARTHRITE ALVÉOLO-DENTAIRE. — Le 19 novembre 1903, M^{me} S..., professeur au lycée de jeunes filles de Montpellier, se présente pour se faire extraire l'incisive latérale supérieure gauche obturée récemment. A l'examen je me trouve en présence d'une dent atteinte de périodontite aiguë avec début de suppuration.

Après quelques pointes de feu, les douleurs diminuèrent ; le lendemain je perforai la dent incriminée par la face palatine, puis j'injectai directement avec une seringue de Pravaz 4 cm³ d'H₂O² formolée. Je laissai dans le canal une mèche imbibée de teinture d'iode.

Le 21, je renouvelle les injections d'eau oxygénée formolée et je laisse une mèche imbibée à parties égales d'H₂O² et de formol. Occlusion au benjoin.

Le 25, le mieux s'annonce : peu de douleur à la percussion, la dent se consolide, mais elle a toujours de l'odeur. Je passe une mèche d'acide sulfurique que je neutralise à l'alcool, puis je laisse la mèche H₂O² formolée et j'obture à la gutta.

Le 2 décembre, presque plus d'odeur, douleur à la percussion nulle. Je renouvelle mes injections. Dépôt d'une mèche H₂O² formolée. Gutta.

Le 5, je renouvelle une fois encore l'injection formolée, 1 cm³. Plus d'odeur. Gutta pour 15 jours.

Le 19, après avoir fermé mon canal par un cône de gutta imprégné de H₂O² formolée, j'obturai au ciment.

Observation III. — ARTHRITE ALVÉOLO-DENTAIRE. — M^{me} B..., institutrice, se présente avec une périodontite aiguë au niveau de l'incisive latérale supérieure gauche.

Je résume le traitement.

Ouverture de la chambre pulinaire en trépanant directement la dent par la face palatine, injection d'H₂O² formolée à 2 gouttes par 2 cm³ ; je laisse une mèche formolée par parties égales. Benjoin.

Deux jours après je renouvelle l'injection formolée à 3 gouttes, je mets une mèche du mélange par parties égales. Gutta.

Au bout de cinq jours je renouvelle l'injection après avoir passé une mèche d'acide sulfurique ; je laisse une mèche H₂O² formolée (parties égales) et je ferme à la gutta.

Au bout de vingt jours il n'y a ni odeur ni douleur, je mets une mèche de gutta oxygénée formolée et j'obture au ciment.

Observation IV. — 4^e DEGRÉ SIMPLE. — M. S..., 2^e prémolaire supérieure, 3^e degré par traumatisme, dent cassée, la pulpe était à nu.

Ce jour même je pratiquai l'extirpation de ma pulpe après anesthésie locale au moyen d'une solution de cocaïne et d'acide phénique que je fis pénétrer sous pression de caoutchouc mou. Je laissai une mèche d'adrénaline pour l'hémorragie pulinaire consécutive ; j'obturai au benjoin et le lendemain à la gutta.

Le malade étant parti en voyage, la gutta fut expulsée ; à son retour je me trouvai en présence d'un 4^e degré prononcé. Séance tenante, je fis des lavages à l'eau oxygénée formolée et j'obturai à la gutta.

Le lendemain je renouvelai les lavages ; dépôt d'une mèche à parties égales, gutta.

Au bout de huit jours, le mieux persiste, plus d'odeur ; je mets en observation avec une mèche d'H₂O² formolée.

Trois mois après, obturation définitive au ciment, après obturation du canal par un cône de gutta.

Observation V. — 4^e DEGRÉ AVEC ARTHRITE ALVÉOLO-DENTAIRE ET COMMENCEMENT D'ABCÈS AU NIVEAU DE LA PREMIÈRE PETITE MOLAIRE INFÉRIEURE DROITE. — M. P... Le premier jour, je débouche la dent. Lavages à l'eau tiède et au formol. Benjoin.

Deux jours après, injections de H₂O₂ formolée, à 2 gouttes, mèches par parties égales. Gutta.

Trois jours après, je renouvelle les injections à 3 gouttes; mèches par parties égales. Gutta.

Au bout de sept jours, je refais une injection de 2 cm³ d'H₂O₂ formolée à 3 gouttes. Mèche à. Gutta.

Un mois après, amalgame après obturation du canal avec un cône de gutta formolée.

Observation VI. — ARTHRITE ALVÉOLO-DENTAIRE; ABCÈS SUIVI DE FISTULE. — M^{me} S... se présente avec un abcès sur une incisive latérale supérieure droite obturée précédemment au ciment. J'ouvre le canal malgré la douleur.

Le lendemain l'abcès est plus volumineux, il tient une partie de la lèvre supérieure, la dent est très douloureuse, la malade veut se la faire extraire. Malgré tout je persiste à vouloir la soigner.

Je commence alors mes injections à 2 gouttes par seringue, puis je laisse une mèche lâche par parties égales. Teinture d'iode sur la gencive.

Au bout de trois jours, je renouvelle les injections de H₂O₂ formolée à 3 gouttes par seringue malgré un peu de douleur lorsque le formol est en contact avec l'apex; la douleur cesse vite car je neutralise à l' H₂O₂ pure. Je n'obture pas encore à la gutta, je laisse une mèche par parties égales et benjoin.

Quatre jours après l'odeur persiste, mais l'abcès a beaucoup diminué, la fistule se ferme, il ne reste plus qu'une légère rougeur à sa place, la malade mange déjà un peu sur sa dent. Injections formolées à 2 gouttes. Je laisse une mèche par parties égales. Gutta.

Trois jours après, nulle trace d'abcès; je passe quelques mèches de SO₄ 4^e pour agrandir le canal, puis je laisse une mèche de H₂O₂ formol à. Gutta.

Après un délai de trois jours je renouvelle les injections formolées à 3 gouttes par seringue, mèche à. Gutta pour dix jours.

A cette date le mieux est définitif. Je fais une dernière injection de 2nd d' H₂O₂ formolée à 2 gouttes, puis je laisse une mèche et donne congé pour un mois.

Un mois après je laisse dans la racine un cône de gutta formolée, et je fais l'obturation définitive au ciment.

Observation VII. — MÊME CAS. 4^e DEGRÉ SE COMPLIQUANT D'ABCÈS SUR UNE INCISIVE LATÉRALE SUPÉRIEURE DROITE. — M^{me} E. L ..mêmes résultats après quatre séances d'injections faites comme précédemment.

Observation VIII. — 4^e DEGRÉ, AVEC ARTHRITE ALVÉOLO-DENTAIRE SUR GROSSE MOLAIRE SUPÉRIEURE. — Ouverture de la chambre pulpaire, canaux mis à jour, nettoyage de ces canaux avec des mèches d'H₂O₂ pour enlever les débris pulpaires. Injection d'H₂O₂ formolée à 2 gouttes. Gutta.

Quatre jours après je lave les canaux avec une solution d'eau oxygénée formolée à 4 gouttes, et je laisse des mèches parties égales. Gutta.

La semaine suivante presque plus de douleur, injection à 2 gouttes, 1 seringue par canal, mèches. Gutta.

Trois jours après je renouvelle les injections et je mets le malade en observation pour un mois, date à laquelle j'obture à l'amalgame la dent radicalement guérie.

Observation IX. — Même cas. Arthrite alvéolo-dentaire sur grosse molaire inférieure ayant été obturée à l'amalgame.

M. S..., étudiant, mêmes procédés opératoires et mêmes résultats

..

Je possède une série d'autres observations qu'il ne me paraît pas utile de publier, parce qu'elles sont semblables aux précédentes.

Indications. — Toutes les fois que l'on se trouve en présence d'un 4^e degré avec ou sans complications, siégeant sur l'une des douze dents antérieures, les injections d'eau oxygénée formolée seront toujours indiquées. Si l'on se trouve en présence d'un 4^e degré siégeant sur une petite ou une grosse molaire du haut ou du bas avec carie de face proximale, où le champ opératoire est gêné, le traitement à l'ozone est encore tout indiqué, il supprime une quantité considérable de mèches à passer dans les canaux.

Lorsqu'on sera en présence d'un 4^e degré sur une dent de sagesse et lorsque le malade tiendra absolument à la conserver, avec quelques injections d' H^2O^2 formolée on voit l'arthrite alvéolo-dentaire consécutive disparaître et l'on peut très bien obturer la dent au ciment après trois ou quatre séances et un dépôt de formagène ozoné. J'ai obtenu ce résultat sur deux malades.

Dans tous les cas douteux et à plus forte raison dans les cas simples, lorsque le traitement classique aura échoué, on devra, avant de tenter l'extraction de la dent incriminée, essayer le traitement ozoné et l'on sera souvent surpris du résultat.

Objection. — Les propagateurs du traitement à l'acide sulfurique attribueront peut-être la réussite de ma méthode à la mèche de ce liquide que j'ai passé, quelquefois dans le canal de mes dents en traitement. Mais, en le faisant,

je n'avais qu'un but : agrandir le canal. Le traitement à l'acide sulfurique a ses bons côtés, c'est exact, mais il expose à des mécomptes (ébranlement de la dent, brûlure des gencives, nécrose).

Mode d'emploi. — Il suffit d'avoir :

1° Une seringue de Pravaz de 2 centimètres cubes et des raccords s'adaptant sur elle, droits ou courbes suivant les cas ;

2° Une capsule de verre ou de porcelaine que l'on flambera à l'alcool avant de s'en servir et dans laquelle on préparera extemporanément le mélange à employer. Je l'ai préparé quelquefois à l'avance en y incorporant de l'alcool pour assurer sa stabilité ; mais je crois qu'il est plus sûr de ne le préparer qu'au moment de l'usage ;

3° Des boulettes d'ouate toutes prêtes pour fermer la cavité après chaque injection avant le retour de la salive ;

4° Un verre d'eau tiède aromatisée par un dentifrice quelconque pour faire rincer la bouche du patient, les injections terminées.

Je prépare ma solution en mélangeant dans la capsule de verre deux ou trois seringues d'eau oxygénée avec 2-4-6 et 8-9, etc. gouttes de formol, suivant le cas, suivant que l'injection sera à 2 ou 3 etc. gouttes de formol par 2 cm³ d'eau oxygénée. On tiendra compte pour cela de l'état du 4^e degré et de l'état d'excitabilité ou d'accoutumance au formol du patient. C'est pour cette raison qu'au début j'ai pour habitude de faire la première injection très légère (2 gouttes de formol par seringue) ; elle nous indique par la réaction qu'elle provoque si l'on doit abaisser la dose (picotement à l'apex, larmoiement, picotement du nez).

Puis, si le malade ne réagit pas, je porte la dose de formol à 3 et quelquefois 4 gouttes. Je fais rincer la bouche au malade, après chaque injection en raison de l'action irritante et caustique du formol. Suivant le malade, j'en fais deux ou trois par séance. Si l'on se trouve en présence d'une grosse molaire, il faut faire au moins une ou deux injections par canal.

Puis, les injections terminées, je laisse à demeure une mèche de coton imbibée d'eau oxygénée et de formol par parties égales et, suivant le cas, j'obture délibérément la gutta quitte à déboucher si le malade ne le supporte pas.

Je fais généralement la deuxième injection le lendemain, la troisième deux jours après la précédente, ensuite de huit jours en huit jours jusqu'à ce qu'il n'y ait plus d'odeur ni de douleur. Ce résultat est donné généralement après deux ou trois séances.

Je renvoie alors une fois à quinze jours, et une fois à un mois.

On pourrait à la rigueur, ainsi que l'expérience me l'a prouvé, supprimer cette dernière période de trente jours et obturer délibérément après une première période de quinze jours. Mais si l'on n'est pas pressé par le malade, cette dernière période d'attente est préférable pour la sûreté du traitement.

Je crois que la véritable dose est plutôt au-dessous qu'au-dessus du chiffre de 5 gouttes de formol par 2^{cm³} d'eau oxygénée.

Obturation. — Avant l'obturation définitive, j'obture souvent les canaux au formagène ozoné. Oxyde de zinc, formol et H²O² parties égales, en pâte un peu fluide pour la refouler dans l'intérieur des canaux. Ou bien tout simplement j'obture les canaux avec un cône de gutta-percha imbibé d'eau oxygénée formolée par moitié.

MÉTHODE DE REPRODUCTION DES APPAREILS EN
CAOUTCHOUC

Par M. CRAMER, D. F. M. P.

(Communication faite à la Société d'Odontologie, Séance du
10 janvier 1905.)

Pour qui connaît les ennuis du praticien qui veut construire un appareil en vulcanite en tous points semblable à un appareil donné, cette courte note, qui est l'exposé d'une méthode qui m'a toujours donné des résultats parfaits, ne paraîtra pas inutile.

Etant donné, la pièce à reproduire, voici comment il faut procéder pour en obtenir une absolument identique :

1^o Talquer les dents et la gencive, faire un boudin en cire à modeler et l'appliquer sur la face talquée jusqu'à 1 m/m environ au-dessus du bord libre de la gencive (fig. 1), ceci pour protéger ces parties contre le plâtre ;

2^o Talquer la cire à modeler et huiler très légèrement l'intérieur de la pièce.

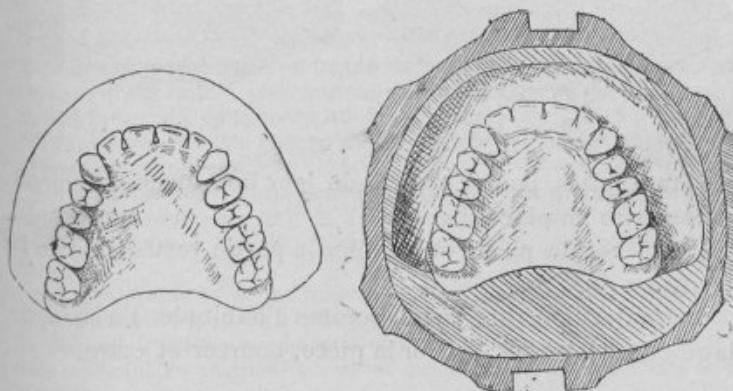


Fig. 1.

Fig. 2.

Gâcher du plâtre, imprimer l'intérieur de la pièce avec un pinceau et mettre le tout en moufle comme une pièce ordinaire, en ayant soin que la pièce se trouve au-dessous du niveau du moufle ;

3° Le plâtre étant sec, réparer le moufle et enlever de la cire à modeler;

4° A l'aide du couteau, tailler, jusqu'à ce que la face intérieure du plâtre soit de dépouille;

5° Savonner et huiler le moufle, mettre la pièce en place après avoir préalablement huilé dents et gencive (fig. 2);

6° Refaire du plâtre, remplir délicatement les extrémités de la gouttière jusques et y compris la première prémolaire de chaque côté.

Retirer le tout à l'aide de petits coups de maillet, les piè-

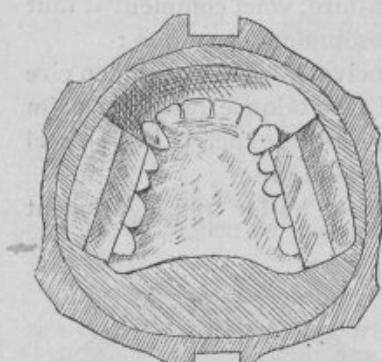


Fig. 3.

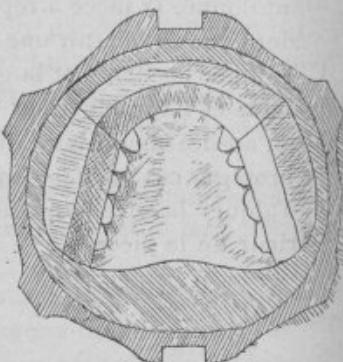
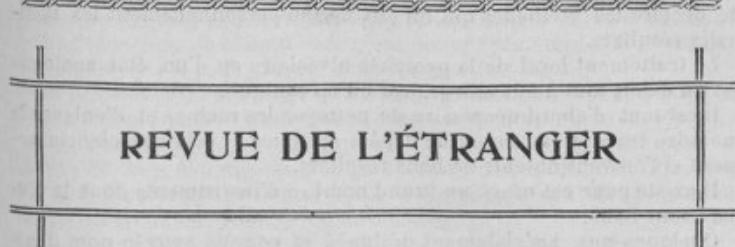


Fig. 4.

ces étant faites, pour s'assurer de leur bon fonctionnement, et remettre en place (fig. 3);

7° Gâcher du plâtre et combler la partie restée vide de la gouttière (fig. 4);

8° Couler la contre-partie comme d'habitude. Le surmoulage étant terminé, retirer la pièce, bourrer et cuire.



REVUE DE L'ÉTRANGER

L'A B C DES COURONNES ET DES BRIDGES

Par FRED. A. PEESO, D. D. S., de Philadelphie

Extrait et traduit du *Dental Cosmos*¹, par M. GODON (5^e article).

Pyorrhée.

La pyorrhée est le cas le plus ennuyeux contre lequel le dentiste soit appelé à lutter. Le résultat des efforts que l'on fait pour obtenir la guérison est des plus incertains. La guérison de la pyorrhée dépend autant de l'état général que de l'état local; aussi doit-on en tenir compte. Une personne malade ou ayant une mauvaise constitution n'est pas en état de résister aux ravages de la pyorrhée ou de toute autre affection comme une personne en bonne santé. Cette affection peut être causée par quelque irritation externe; sa gravité dépend beaucoup de l'état physique du patient, le pus résultant de l'inflammation des tissus, qui constituent le meilleur milieu de développement des micro-organismes. Quand la pyorrhée a pris beaucoup d'extension, il s'ensuit le plus souvent une anémie générale, qui rend le patient incapable de résister au développement du mal. La pyorrhée continue à s'étendre de plus en plus jusqu'à ce que finalement les dents s'ébranlent et tombent.

Si le patient a une forte constitution, il se peut que la pyorrhée ne pénètre pas beaucoup au delà du voisinage immédiat de la surface irritée et dans ce cas les chances de guérison sont beaucoup plus grandes.

Dans le premier cas, le traitement local seul n'est pas suffisant; il doit être accompagné d'un traitement du système général qui permette de détruire les micro-organismes qui ont été cause de la pyorrhée.

Si les troubles augmentent, il est préférable d'avoir recours à un spécialiste.

L'auteur ne se propose nullement d'entamer quelque longue dissertation sur la cause ou le traitement de cette affection ou de quelque autre, mais d'en parler seulement en ce qui concerne les rapports di-

¹. *Dental Cosmos* de janvier 1903 à mai 1904. V. *L'Odontologie* des 30 novembre, 1^{er}, 30 décembre 1904 et 30 janvier 1905.

rects de cette affection avec travaux des couronnes et des bridges, et de décrire les méthodes qui lui ont donné personnellement les meilleurs résultats.

Le traitement local de la pyorrhée alvéolaire ou d'un état analogue est au début tout à fait chirurgical ou mécanique.

Il est tout d'abord nécessaire de nettoyer les racines et d'enlever la moindre trace de tartre ou de dépôts sérieux et cela consciencieusement si l'on veut obtenir de bons résultats.

Il existe pour cet usage un grand nombre d'instruments dont la plupart sont bons.

Quelques-uns, spécialement désignés et connus sous le nom d'instruments pour pyorrhée sont parfaits, tels que la série de quinze d'Allport, la série de onze de Tompkins et la série de vingt-sept de Younger.

Avec ces instruments, il ne se trouve pour ainsi dire pas un seul recoin de dent ou de racine qu'on ne puisse atteindre ; seulement il se peut qu'un instrument soit pratique dans la main d'un opérateur et ne convienne pas du tout à un autre. On emploie donc aussi bien dans ce cas un « scaler », un excavateur ou tout autre instrument.

Après avoir nettoyé à fond toutes les parties, on les lave abondamment avec une solution de glyco-thymol, de listérine ou de quelque autre antiseptique puissant.

Le patient doit continuer lui-même ces lavages ; on lui recommande bien de ne pas y manquer.

Si, au bout de quelques jours, on ne constate pas une amélioration sensible, il est nécessaire d'avoir recours à des mesures plus énergiques.

Il faut nettoyer de nouveau les racines pour s'assurer qu'on n'a pas laissé de corps irritants dans le traitement précédent.

On injecte une dissolution de 3 0/0 de bioxyde d'hydrogène sous le bord libre de la gencive et dans les poches, s'il s'en trouve ; pour cet usage, on emploie la seringue à ampoule, dont on introduit la pointe de platine sous la gencive aussi loin qu'il est possible. On persiste jusqu'à ce que toute trace de pus ait disparu ; aussitôt que l'effervescence cesse, on injecte de la même façon de l'acide sulfurique aromatique, puis on lave immédiatement la bouche avec une forte solution de bicarbonate de soude.

On donne au patient les instructions nécessaires pour qu'il continue l'emploi du glyco-thymol ou quelque autre lavage antiseptique des dents et de la gencive en lui spécifiant de le faire souvent et abondamment.

Si l'on ne constatait pas d'amélioration après ces traitements répétés, il serait préférable d'abandonner l'idée d'employer ces dents comme arcs-boutants de couronnes ou de bridge.

En général, si la pyorrhée n'a pas pris trop d'extension, on obtient les meilleurs résultats en nettoyant les dents parfaitement et en tas-sant du sulfate de quinine sous le bord libre de la gencive autour du collet des dents. C'est un procédé stimulant qui tend à raffermir les dents dans leur alvéole.

La seule objection qu'on puisse faire est le goût amer du médicament qui persiste pendant plusieurs jours; mais ce n'est là en réalité qu'une objection de second ordre, qui ne doit pas empêcher le dentiste de l'employer s'il peut obtenir ainsi les résultats désirés.

On prétend généralement que seul le glyco-thymol peut donner de bons résultats dans le traitement de cette affection.

En introduisant avec précaution de l'acide trichloracétique au moyen de bois d'orange sous la gencive, on obtient le ramollissement du tartre qui avait pu rester après le nettoyage et c'est là en même temps un stimulant pour la région malade.

Traitement des canaux radiculaires infectés.

Pour réussir dans le traitement des canaux infectés, il faut être aussi conscientieux que pour toute autre partie du travail. Quand on a dévitalisé la pulpe d'une dent pour une cause ou pour une autre, on doit l'enlever aussitôt et obturer les canaux si l'on ne veut pas occasionner des troubles sérieux.

Il se peut que le patient ne ressente pas la moindre gêne pendant des années ou qu'il ne sache même pas que la pulpe est morte, mais tôt ou tard il est obligé d'y prêter attention à ses dépens.

S'il y a eu de l'inflammation ou de la douleur dans les parties voisines, causées par des matières septiques ou des gaz provenant d'une pulpe putréfiée, le traitement est le même que pour l'abcès alvéolaire, étant donné qu'il y a généralement formation de pus; ce pus est enlevé en pratiquant une ouverture dans le procès alvéolaire et en soignant de la manière indiquée dans l'article précédent.

Quand l'irritation n'est que légère et récente, on peut le plus souvent guérir sans avoir recours à des mesures extrêmes.

Si le malade n'a éprouvé de douleur d'aucune sorte, un traitement complet du canal est généralement suffisant; cependant la question doit être résolue suivant les conditions présentées par chaque cas individuel.

On nettoie tout d'abord les canaux à fond avec des broches et des forets conformément aux indications données pour le traitement de l'abcès alvéolaire. On les élargit de façon à enlever autant de dentine cariée qu'il est possible.

Dans le cas où il est nécessaire d'utiliser un pivot, on donne tout de suite au canal sa grandeur définitive.

Il faut faire bien attention en opérant d'empêcher toute matière septique de pénétrer dans le foramen apical, car il en résulterait presque sûrement une inflammation qui causerait un abcès alvéolaire.

Quand les racines sont nettoyées, il faut les laver abondamment avec une dissolution de 3 0/0 de baryte d'hydrogène.

Puis on sèche le canal avec du papier buvard ou du coton hydrophile; on l'imrite d'alcool et on le sèche complètement à l'air chaud, après quoi on peut le stériliser.

Le formol est un des meilleurs agents employés dans ce but; mais le dentiste doit prendre de grandes précautions, car ce médicament a sur les tissus mous une action très irritante et l'effet pourrait être désastreux.

On ne doit jamais en laisser dans un canal de la racine, spécialement si le foramen apical n'a pas été parfaitement fermé.

Une bonne méthode de stérilisation au formol consiste, après avoir séché avec de l'alcool, à entourer une broche d'une petite mèche de coton et à la tremper dans la dissolution qui peut être de 4 à 40 % selon la gravité du cas. On touche le coton avec une petite serviette pour enlever l'excès de liquide, puis on badigeonne le canal que l'on sèche ensuite complètement à l'air chaud.

On répète l'opération jusqu'à ce que le canal soit parfaitement stérilisé.

L'évaporation produite par l'air chaud chasse les vapeurs de formol dans les canalicules de la dentine et toutes les parties de la dent sont ainsi atteintes, après quoi on ferme aussitôt le foramen apical.

Il arrive souvent qu'une petite douleur persiste pendant un jour ou deux, mais celle-ci passe bientôt à moins qu'on n'ait employé trop de formol.

Quand on stérilise à l'acide phénique ou avec d'autres médicaments, le traitement est plus long et nécessite des visites plus nombreuses de la part du patient, tout en étant incertain quant au résultat.

Après avoir séché à l'alcool, on met dans le canal un pansement d'acide phénique, de permanganate de potasse ou de quelque autre médicament, puis on ferme la cavité à la gutta-percha. On recommence à la séance suivante et ainsi de suite jusqu'à ce qu'on ait obtenu les résultats attendus.

Quand il s'est produit une légère irritation dans la région apicale, il est bon d'élargir quelque peu le foramen apical et de suivre la dernière méthode ; on laisse l'ouverture jusqu'à ce que l'irritation ait disparu, puis on l'obture aussitôt, après quoi, pour plus de sûreté, il n'est pas mauvais d'employer le formol de la manière décrite plus haut.

Quand l'affection date depuis des années, toute la structure de la dent s'imprègne de matière putréfiée jusqu'à en devenir décolorée et noire et une odeur fétide se dégage aussitôt qu'on fraise une partie quelconque de la dent ou de la racine ; dans ce cas, on fait aussi bien de l'arracher s'il se trouve une autre dent pouvant être utilisée à sa place.

Si l'on est obligé d'employer une telle dent, il faut s'efforcer par de nombreux pansements de l'améliorer autant qu'il est possible. Il est rare qu'une dent soit si malade qu'on n'ait aucun espoir de la sauver.

Il peut arriver qu'une pulpe soit dévitalisée, que les canaux soient vides ou que la pulpe soit momifiée sans qu'il s'en dégage pour cela une odeur perceptible. Quand les dents sont dans cet état, on nettoie les canaux et on les stérilise, comme si la pulpe était putréfiée. On peut en dire autant pour les dents dont les racines ont été pansées avec du coton. Dans l'un quelconque de ces cas, les racines doivent être obturées aussitôt le traitement terminé.

Obturation des canaux de la racine.

Pour l'obturation des canaux, la difficulté ne réside pas tant dans le choix des substances que dans la manière dont elles doivent être utilisées.

La gutta-percha et l'oxychlorure de zinc sont parmi les meilleures substances employées pour cet usage.

Pour obturer à la gutta-percha, voici la méthode qui présente le plus d'avantages. Il va sans dire qu'on doit se servir de la digue en caoutchouc chaque fois que c'est possible.

Une fois que le canal est parfaitement nettoyé et séché, on prend un petit morceau de gutta-percha d'une taille correspondant à celle du canal à obturer et on le fixe à l'extrémité d'un fouloir à canal en chauffant la pointe de l'instrument.

Puis on introduit un peu d'eucalyptus dans le canal au moyen d'une petite mèche de coton maintenue entre les tiges d'une précelle ou entourant l'extrémité d'une broche.

On plonge le petit morceau de gutta-percha dans l'eucalyptus, puis on en trempe l'extrémité dans l'iodoforme ou l'aristol ; après quoi, on l'introduit dans le canal avec un mouvement de piston ; on l'enfonce ainsi assez en avant, l'huile ayant tant amolli la gutta-percha que bientôt elle se détache du fouloir et adhère complètement.

Par ce moyen, on peut obturer entièrement le canal jusqu'à l'apex.

Il n'y a pas grand mal à ce que le patient tressaille pendant l'opération ; c'est une assez bonne indication pour montrer que l'extrémité de la racine est atteinte.

A la place de l'eucalyptus, on peut employer du chloroforme ; on en imbibe les canaux au moyen de la seringue hypodermique en faisant manœuvrer la pointe de la même manière ; le chloroforme dissout la gutta-percha, ce qui permet de l'enfoncer jusqu'à l'apex de la racine.

Cependant, il est préférable d'employer l'huile d'eucalyptus qui est calmanante. Elle est en outre antiseptique, propriété qui persiste pendant des années.

Il va sans dire que si le foramen a été élargi, il faut faire attention de ne pas y laisser pénétrer l'obturation, comme on l'a déjà spécifié dans le traitement des racines amputées.

Si le canal a été élargi de façon à recevoir un pivot, on fixe un petit morceau court et épais de gutta-percha à l'extrémité du fouloir ; on le trempe dans l'eucalyptus et l'iodoforme ou l'aristol et on l'introduit jusqu'à l'apex en le tassant contre l'épaulement formé par le foret.

Quand on emploie du chloro-percha pour l'obturation, on met d'abord dans le canal un peu d'iodoforme ou d'aristol ; puis on introduit le chloro-percha en l'enfonçant avec une broche par un mouvement de piston. On ajoute de la solution à mesure que le chloroforme s'évapore.

Quand la chloro-percha est bien enfoncée dans le canal, on peut y tasser des petites mèches de coton au moyen d'un petit fouloir jusqu'à ce que le canal soit rempli. On obtient une bonne obturation, mais la question est de savoir si elle est aussi parfaite qu'avec la gutta-percha, surtout pour les dents supérieures.

Pour obturer avec de l'oxychlorure de zinc, on opère de la même façon qu'avec la chloro-percha. On obtient une excellente obturation, mais qui présente l'inconvénient d'être très difficile à enlever, si l'on se trouvait obligé de le faire plus tard, afin d'insérer dans le canal un pivot pour couronne ou comme support de bridge. Quand le canal est

élargi, et que le foramen ne l'est pas, on peut aurifler le canal avec avantage pour l'apex. On roule soigneusement une petite feuille d'or mou autour de la pointe d'une broche et on l'enfonce jusqu'à l'extrémité de la racine. On tourne l'instrument dans la direction opposée, afin de le détacher de l'or et on l'enlève ; on tasse l'or jusqu'à l'apex et l'on recommence tant que le foramen n'est pas parfaitement rempli.

Dans certains cas, on peut employer la paraffine. On met d'abord un peu d'iodoforme ou d'aristol dans le canal, puis on y introduit la paraffine au moyen d'une broche effilée préalablement chauffée. On obtient ainsi une bonne obturation qui remplit la racine parfaitement pour peu qu'on opère avec soin.

Traitements des racines perforées.

Le traitement en est généralement simple et facile. Dans le cas où la perforation réside à l'apex de la racine, elle peut être traitée et la racine obturée de la même façon qu'une dent présentant un abcès et dont le foramen a été élargi.

Si l'on a constaté beaucoup d'inflammation, on met dans la racine un pansement d'eucalyptus et d'iodoforme ou d'aristol qu'on laisse jusqu'à ce que la douleur ait disparu ; après quoi l'apex peut être obturé d'après les indications données plus haut.

Quand la perforation date de longtemps, il est presque certain que la racine présente un abcès et l'on est ramené au cas de l'abcès alvéolaire.

Si la perforation se trouve sur le côté de la racine, il est plus que probable que les tissus mous ont envahi la cavité. Ces tissus peuvent être enlevés par excision ou cauterisés avec de l'acide phénique, de l'acide trichloracétique ou de l'iode. Si les tissus n'ont pas beaucoup envahi, on peut dégager l'ouverture en tassant du coton hydrophile bien sec dans la cavité. Ce coton, en devenant humide, gonfle et repousse la gencive au dehors. On taille les côtés de l'ouverture de façon à ce qu'ils soient rugueux et puissent maintenir l'obturation en place ; puis on badigeonne la cavité de chlorure d'adrénaline.

Quand la perforation ne se trouve pas beaucoup au-dessous du bord de la gencive, il est souvent possible d'introduire un petit instrument à bout plat sous la gencive et sur le côté de la racine de façon à recouvrir l'ouverture.

Ensuite on sèche complètement à l'alcool et à l'air chaud et l'on tasse contre l'instrument la substance destinée à l'obturation. De cette façon, on n'a pas à craindre qu'un excès de substance pénètre dans les tissus, ce qui causerait de l'irritation.

Quand la perforation se trouve si loin du bord de la gencive qu'il est impossible de la recouvrir, on fait bien d'introduire d'abord par l'ouverture de la gutta-percha fortement chauffée, puis de l'enlever.

On connaît ainsi exactement sa grandeur, sa forme et la quantité de substance qu'il faut employer pour la fermer.

Si l'on doit employer de la gutta-percha, on peut tailler le tampon d'essai de façon qu'il n'atteigne pas tout à fait l'extérieur de la racine, mais laisse un léger excédent sur le côté du canal.

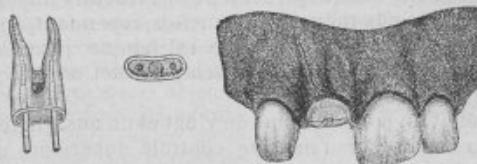
Le chlorhydrate d'adrénaline empêche le sang ou la salive de filtrer dans la cavité ; on sèche à l'alcool ou à l'air chaud ; puis on badigeonne avec de l'eucalyptus ou une autre huile essentielle, telle que l'huile de cannelle ou de cajeput.

Le tampon que l'on a préalablement fixé légèrement à l'extrémité de l'instrument est calé dans la cavité et adhère aux parois du canal.

Un amalgame de cuivre constitue jusqu'ici la meilleure substance d'obturation pour des cas de ce genre. Dans le cas qui vient d'être décrit, le tampon d'essai indique la quantité à employer. On introduit l'amalgame par l'ouverture en faisant attention de ne pas le laisser pénétrer au delà de la paroi extérieure de la racine. Il est préférable que l'amalgame n'atteigne pas la paroi extérieure de la racine.

FIG. 39. FIG. 40.

FIG. 41.



Quand la perforation dans la chambre pulaire est importante, il vaut mieux la recouvrir d'une mince plaque de platine mou ou d'étain avant de commencer l'obturation.

Nous pouvons insérer ici une courte note expliquant la manière dont on a soigné une première bicuspidé droite supérieure, entre les racines de laquelle on avait placé le pivot d'une couronne (cas déjà cité dans l'article précédent).

On ouvre d'abord les deux canaux jusqu'à l'apex et on les élargit quelque peu au delà de la paroi de la chambre pulaire, de façon à pouvoir prendre un pivot du calibre n° 16 ou n° 17 environ ; puis on ajuste deux pivots métalliques (fig. 39).

On brunit une plaque mince de platine mou sur la paroi de la chambre pulaire, cette plaque doit être un peu plus grande que l'ouverture, comme le montre la fig. 40. Puis on l'enlève, ainsi que les pivots et l'on badigeonne l'ouverture de chlorure d'adrénaline, afin d'empêcher le sang ou la salive de pénétrer dans la chambre pulaire que l'on séche ensuite à l'alcool et à l'air chaud. Après quoi, on enduit légèrement les pivots de beurre de cacao ou encore de vaseline ou d'huile d'olive pour empêcher le ciment d'adhérer et on les place de nouveau dans les canaux.

On recouvre la perforation de la plaque de platine. Puis on remplit la chambre pulaire d'oxyphosphate de zinc bien tassé dans la cavité et autour des pivots. Une fois le ciment durci, on enlève les pivots, les canaux se trouvant ainsi ouverts jusqu'à l'apex ; on soigne alors la dent d'après les indications données plus haut.

Quand le bord alvéolaire est fortement endommagé, très irrité et que

la perforation de la racine date de longtemps, il peut arriver qu'il ne soit plus possible de sauver la racine ; mais un opérateur habile peut faire beaucoup pour une mauvaise dent à force de soins et de patience.

Il vaut mieux ne pas être trop pressé d'arracher une racine ayant été perforée. Il faut l'étudier attentivement, et si le dentiste parvient à la sauver, il n'aura pas seulement rendu un grand service à son malade, mais il éprouvera le sentiment de satisfaction et de fierté qui résulte d'un sérieux obstacle surmonté et qui le paye largement de ses efforts.

Que doit-on faire pour les racines fracturées ?

Tous les dentistes sont appelés à décider si une racine ayant été cassée peut être sauvée ou doit être arrachée. C'est un cas qui n'est pas rare lorsqu'on a placé sur une racine une couronne sans coiffe et particulièrement pour les incisives et les bicuspides.

Dans la plupart des cas qui présentent une fracture importante, il est nécessaire d'arracher la racine ; quelquefois, cependant, il vaut mieux essayer de la conserver, même si elle est fendue jusqu'à l'apex ; car elle peut rendre service pendant longtemps. Voici un cas qui s'est présenté, il y a plusieurs années.

Le patient était un jeune homme de vingt et un ans. On lui avait placé une couronne Logan sur l'incisive centrale supérieure gauche, mais l'effort était tel que la racine s'était fendue jusqu'à l'apex, ce qui avait fait tomber la couronne. On commença d'abord par couper la gencive du côté labial, de façon à pouvoir entourer la racine d'un morceau de fil métallique, à le faire glisser jusqu'au procès alvéolaire et à l'enrouler en serrant les parties l'une contre l'autre (fig. 41). On tailla l'extrémité de la racine pour y mettre un anneau, mais en enlevant plus de dentine qu'on ne l'aurait fait dans un cas ordinaire.

Puis on ajusta à la racine un anneau étroit de platine iridié que l'on cimenta ; après quoi, on enleva le fil métallique. On soigna la racine comme si elle n'avait pas été cassée. On ajusta un autre anneau sur celui de platine iridié et on plaça une couronne Richmond qui finalement rendit beaucoup de services.

Dans les nombreux cas où la fracture est sans importance, il suffit d'enlever la partie cassée et de placer l'anneau au-dessus de la cassure ; nous y reviendrons à propos des cas spéciaux.

Pour les racines fracturées comme pour les perforées, le dentiste ne doit pas trop se presser d'arracher.

REVUE ANALYTIQUE

Douglas, E. Caush, Y a-t-il du tissu non calcifié dans l'émail?
(*Dental Cosmos*, février 1905, p. 165.)

En Angleterre Tomes, Williams et autres nient l'existence de tissu non calcifié dans l'émail. Sur le continent européen les uns la nient aussi, d'autres l'affirment. En Amérique il y a les mêmes différences d'opinion.

Tous les auteurs conviennent qu'il émail se développe aux dépens de l'épithélium et qu'au début de son développement il ne se compose que de tissu non calcifié ; à mesure que ce développement progresse, une portion de ce tissu se calcifie et c'est avec le commencement de la calcification que commence la différence d'opinion. Beaucoup d'auteurs anglais déclarent que la calcification de ce tissu est si parfaite que la totalité de l'émail est composée de sels inorganiques, mais ils ne disent pas ce que devient la matière primitive non calcifiée.

Quelques auteurs s'appuient sur la composition chimique de l'émail, mais deux analyses ne donnent pas le même résultat. M. E. Caush s'est donc efforcé de pénétrer ce mystère et a employé des méthodes de coloration spéciales pour examiner au microscope de nombreuses coupes de dents d'hommes et d'animaux. Il expose dans cet article le résultat de son étude microscopique.

Il a constaté que la pulpe et l'émail communiquent par une série de tubes composés de tissu non calcifié, probablement produit par la non-calcification du tissu existant entre les prismes de l'émail. Il a trouvé aussi dans l'émail, indépendamment de ces tubes et des fuseaux non calcifiés de von Ebner, un réseau plus ou moins complet de tissu non calcifié passant entre les prismes. Le tissu calcifié ne

se colore pas, tandis que le tissu non calcifié prend la coloration.

Le tissu non calcifié de l'émail transmet les sensations de l'extérieur de l'émail à la pulpe, surtout en cas d'érosion et de sensibilité de l'émail ; il permet l'expansion ou la contraction de l'émail ; il transmet la nutrition à l'émail pendant la vie de la pulpe.

Les stries brunes sont produites par une différence dans le degré de réfraction des prismes et le grand nombre de tubes d'émail qu'on trouve dans ces stries.

A. Hopewell-Smith, Quelques dégénérescences et leur importance. Maladie de Paget de la muqueuse buccale. (*Dental Cosmos*, février 1905, p. 178.)

L'auteur étudie la dégénérescence qui peut affecter la membrane radiculaire des dents humaines ; il s'attache à la maladie de Paget ou dermatite papillaire maligne, dont il a pu rencontrer un cas affectant la muqueuse buccale, qu'il relate, décrit et reproduit par la photographie.

Il examine d'abord l'anatomie pathologique de ce cas, qui lui a été soumis en 1903, en fait l'histoire clinique, indique sa technique pour l'observation microscopique, en donne la pathohistologie, l'étiologie et formule ses conclusions.

La rareté extrême de la maladie de Paget sur les gencives ne doit pas être prise trop à la lettre, cette maladie peut être plus commune qu'on ne pense, car beaucoup de fibromes ont été excisés qui étaient déjà soumis à cette dégénérescence, mais qui étaient ignorés parce que l'examen microscopique n'en avait pas été fait. De même que l'extraction d'une membrane périodontaire malade arrête souvent la

formation et le développement d'un kyste dentaire ou même des sarcomes ou des épithéliomes des mâchoires, de même l'ablation de ce qu'on suppose être une simple épulis peut empêcher la maladie de Paget.

Il est donc de la première importance d'enlever toutes les sources possibles et de détruire complètement toutes les néoformations péridentaires.

Julio Endelman, *L'agent métabolique dans ses rapports avec l'inflammation de la bouche; stomatite simple et compliquée.* (*Dental Cosmos*, février 1905, p. 192.)

Un examen attentif des divers facteurs jouant un rôle dans le problème compliqué de la nutrition, avec l'effet consécutif sur les forces défensives du corps, fournit immédiatement la solution étiologique de presque tous les états inflammatoires de la membrane muqueuse buccale. L'auteur divise ces états inflammatoires en deux classes : ceux qui sont localisés à la surface de la cavité buccale et ceux dans lesquels la diminution du pouvoir vital des tissus buccaux provoquée par quelque désordre constitutionnel permet au facteur excitant, les bactéries étant présentes dans la bouche, d'exercer son influence pathogène. Il appelle stomatite simple le type des premiers et stomatite compliquée le type des seconds.

Il range sous la première appellation les dépôts salivaires, les cavités cariées, etc.; sous la seconde la stomatite aphéuse, la stomatite tuberculeuse, la stomatite ulcéreuse, etc. Quoique le traitement de ces dernières n'incombe pas au dentiste, il convient cependant de faire attention au facteur constitutionnel, car en cas de stomatite compliquée l'intervention pu-

rement locale ne peut amener qu'une amélioration passagère et il est impossible d'obtenir la guérison si la cause première n'est pas supprimée.

Rolof B. Stanley, *Le défini opposé à l'indéfini.* (*Dental Cosmos*, février 1905, p. 196.)

Il y a dans la bouche des dents qu'il faudrait enlever non seulement pour la correction des irrégularités, mais encore pour la commodité et la santé générale du patient, et les enseignements de la nouvelle école d'orthodontie sont la cause que beaucoup de nouveaux membres de la profession exécutent des opérations qui nuisent au patient. Si des erreurs sont commises dans un traitement d'après des règles fixes, c'est l'opérateur qui est coupable et non le principe. Ainsi s'exprime M. H. Cryer dans un article publié en septembre dernier.

M. Stanley prétend que ce ne sont pas les opérateurs de la nouvelle école qui sont en défaut, mais le principe lui-même qui est défectueux et il cite un certain nombre de cas à l'appui de son affirmation. Il cherche à réfuter en somme l'opinion de M. Cryer et à faire prévaloir celle de la nouvelle école.

G.-M. Williams, *L'articulation.* (*Items of interest*, janvier 1905, p. 19.)

Si un dentiste est incapable de prendre une empreinte exacte ou de faire un modèle convenable de l'empreinte ensuite, il est inutile de lui parler de dentiers exacts. Avec une empreinte et un modèle exacts, la seule chose nécessaire pour avoir un dentier parfait, c'est l'articulation. L'auteur expose donc en détail la façon de procéder pour obtenir celle-ci.

V. M.

 JURISPRUDENCE PROFESSIONNELLE

L'Odontologie fait traiter ici par son collaborateur spécial les questions de jurisprudence que ses lecteurs désirent faire élucider.

MÉCANICIEN-DENTISTE — PROTHÈSE DENTAIRE. — ENSEIGNE. — USURPATION DE TITRE. — ABSENCE DE TITRE.

Cour de Dijon : 21 octobre 1904¹.

Le titre de mécanicien-dentiste, rapproché de la rubrique : pro-

1. Il ne me semble pas qu'on puisse utilement se prévaloir de l'arrêt de la Cour de Dijon, puisqu'il constate que c'est parce que le jugement de Chaumont est passé en force de chose jugée, au point de vue de la répression pénale, qu'il ne redresse pas les erreurs qui y sont contenues.

Mais il laisse entendre clairement que sa solution, s'il avait eu à statuer sur le point de droit, eût été différente de celle de Chaumont, — et nous le croyons à merveille.

La jurisprudence, à diverses reprises, a eu à s'occuper du mécanicien-dentiste. Elle a déclaré nulle toute convention passée entre un dentiste et un mécanicien non diplômé qui l'assisterait dans son cabinet dentaire, ne fût-ce même qu'au point de vue prothétique (V. C. Rennes, 6 décembre 1894 ; — Cassat, 10 novembre 1895 et 3 décembre 1895 ; — C. Orléans, 11 novembre 1899).

Elle a formellement proclamé qu'un mécanicien sans diplôme ne peut être attaché à un cabinet dentaire (V. C. Rennes, 29 juillet 1896), — ou ne peut, ouvrant un cabinet, se faire assister d'un opérateur (V. C. Nancy, 12 mai 1897).

Le tribunal de Chaumont, confirmé à Dijon, avec les réserves que nous venons d'indiquer, allait (on le voit) beaucoup plus loin.

A notre sens, il allait même trop loin.

La discussion parlementaire de la loi du 30 novembre 1892 établit que le législateur a entendu proclamer hautement la liberté de la prothèse dentaire.

Le mécanicien a le droit, le droit absolu, de faire œuvre de son métier, à condition qu'il n'empiète pas sur le terrain du voisin et que par voie détournée il ne fasse pas de dentisterie opératoire.

Il ne m'apparaît donc pas que ce soit bien jugé que de considérer comme atteint par la loi le fait de suspendre à son domicile une enseigne de mécanicien-dentiste, annonçant simplement au public qu'on fait chez soi de la prothèse dentaire.

Et la théorie du tribunal de Chaumont nous semble d'autant plus dangereuse qu'elle procède arbitrairement par équivalence, et que rien n'est plus redoutable en matière pénale.

L'interprétation pénale doit toujours demeurer étroite, restrictive, littérale et judaïque.

Et c'est ainsi, fort justement, qu'on a refusé de frapper pénalement l'usurpation du titre de chirurgien-dentiste, parce que la loi de 1892 (art. 19 § 2) a, par inadvertance, uniquement parlé de l'usurpation du titre de *dentiste*, et qu'une poursuite correctionnelle en usurpation du titre de *chirurgien-dentiste* ne saurait dès lors aboutir : car il n'est pas permis d'étendre des dispositions pénales par voie d'analogie. (V. *Odontologie*, 15 mars 1900, p. 237.)

F. WORMS.

thèse dentaire, placé au-dessus du nom sur l'enseigne établie à la porte du domicile, équivaut, en réalité, au fait d'avoir usurpé le titre de dentiste et d'avoir exercé illégalement l'art dentaire, alors qu'on n'est pas muni du diplôme de chirurgien-dentiste ou qu'on ne se trouve pas au nombre des dentistes pouvant justifier de leur inscription au rôle des patentés au 1^{er} janvier 1892.

(Syndicat des chirurgiens-dentistes de France c. Roché.)

OPÉRATION DENTAIRE. — ERREUR. — LIQUIDE CORROSIF. — BLESSURE. — MéDECIN. — ORDONNANCE ÉCRITE. — DEMANDE EN DOMMAGES-INTÉRÊTS.

Cour de Cassation (req.): 15 novembre 1904.

Lorsqu'un médecin, qui a négligé de demander par ordonnance écrite le médicament nécessaire pour anesthésier et extraire une dent, a reçu par erreur un liquide corrosif et s'en est servi, les juges peuvent repousser une demande en dommages-intérêts, en s'appuyant sur ce que, la substitution fut-elle démontrée, la causticité du liquide substitué ne s'est révélée par aucun effet ni à l'opérateur, ni au plaignant, au moment de l'opération, que celle-ci a été normale, que la blessure alléguée n'a jamais eu aucune gravité, et que la situation du plaignant n'est pas plus fâcheuse que celle de toute personne ayant subi la même opération.

(D^{me} Flouet c. Dr Jacque.)

Note. — La Cour de Cassation a rejeté en ces termes (*V. Gazette des Tribunaux* du 19 novembre 1904) le pourvoi formé contre un arrêt de la Cour de Paris du 13 mai 1903.

L'absence de préjudice causé et les circonstances de fait relevées justifient suffisamment la décision rendue.

Mais nous ne saurions trop recommander aux praticiens, pour qu'ils échappent à toute crainte de responsabilité, de rédiger par écrit les ordonnances des médicaments qu'ils prescrivent à leurs clients.

F. W.

NOUVELLES

AVIS

Toutes les Sociétés adhérentes à la Fédération dentaire nationale ou en rapports avec le groupement professionnel de l'Ecole dentaire de Paris sont invitées à adresser régulièrement à L'Odontologie les nouvelles, convocations et ordres du jour intéressant ces Sociétés.

RÉUNIONS PROFESSIONNELLES.

Le 26 février dernier a eu lieu à Dijon une importante réunion de la Société des dentistes de l'Est, réunion dont le succès a été des plus complets au point de vue professionnel.

Cette réunion promettait d'être d'autant plus attrayante pour nos confrères que son programme comprenait, en outre de l'ordre du jour habituel, des démonstrations par notre distingué confrère M. Platschick et une intéressante communication de M. Sauvez sur son voyage aux Etats-Unis et les impressions qu'il en a rapportées sous le rapport professionnel. Aussi un grand nombre de confrères de la région de l'Est étaient-ils venus assister à cette réunion où nous avons regretté de ne pas voir le distingué président de la Société, M. George Hewson Gill, qu'une indisposition avait empêché de s'y rendre.

Voici en résumé le compte rendu de cette réunion.

M. Sauvez a fait dans la matinée à l'hôpital de Dijon une communication et des démonstrations pratiques sur les anesthésiques locaux et en particulier sur la stovaine, qui lui a, depuis le début de son apparition, rendu les plus grands services, ainsi qu'ont pu le constater nos confrères de Dijon par les quelques extractions qu'il a pratiquées devant eux.

Puis, un déjeuner amical a été offert par l'Association des dentistes de l'Est. M. Tournier-Daille, de Lons-le-Saulnier, le présidait en l'absence de M. George Hewson Gill. De chaleureux remerciements ont été adressés aux confrères de Paris par M. Tournier Daille, qui s'est efforcé de convaincre tous les assistants de l'utilité pour la profession de ces réunions à la fois amicales et scientifiques.

Dans l'après-midi, un rapport a été fait par M. Sauvez sur son voyage aux Etats-Unis. Grâce au bienveillant concours de nos aimables confrères, des projections lumineuses avaient pu être organisées pour illustrer ce rapport, qui a été fort apprécié.

Puis, M. Platschick a fait des démonstrations fort habiles sur les travaux en porcelaine à l'aide d'un four à pyromètre et d'un four d'intervention toute récente, permettant, grâce à une combinaison automatique fort ingénieuse, de changer très facilement le moufle. Avec la netteté et la précision qui caractérisent notre confrère, celui-ci a démontré la fabrication et les avantages des obturations en porcelaine. Sa démonstration a été vivement appréciée et applaudie, comme elle le méritait.

Pour terminer la réunion, M. Sauvez a su se faire l'avocat si vaincu de la F. D. N. que l'ordre du jour suivant a été voté par l'Association des dentistes de l'Est :

« Les membres de l'Association des dentistes de l'Est, présents à la séance du 26 février 1905, à Dijon, après avoir entendu les explications de M. Sauvez, président de la F. D. N., au sujet de la Fédération, sont d'avis que l'Association des dentistes de l'Est retire sa démission de la F. D. N. et continue son adhésion à ce groupement. »

Il y avait dix-huit ou vingt membres présents à la réunion et la Société comprend trente membres. C'est donc un résultat dont nous pouvons que féliciter M. Sauvez au nom de la F. D. N.

Nous ne saurions trop remercier nos confrères de Dijon de l'accueil si sympathique qu'ils ont bien voulu faire à leurs confrères de Paris ; nous remercions en particulier M. Frélézeau de son aimable hospitalité et nous souhaitons à l'Association de l'Est la plus grande prospérité et une union de plus en plus complète avec la F. D. N.

ASSOCIATION GÉNÉRALE DES DENTISTES DE FRANCE.

Une assemblée générale de l'Association générale des dentistes de France a eu lieu le 11 mars.

Il y a été procédé au renouvellement partiel du Conseil de direction : MM. Blatter, Claser, Devoucoux, Lemerle, Sauvez, Viau, Roy et Martinier ont été élus pour Paris ; MM. Audy, Douzillé, Coignard, Richer, Pont, Chateau, Brodhurst, Debray, Dyssié, Cecconi, Duncombe (de Lisieux) et Lalement (de Nevers) l'ont été pour la province.

BANQUET DES D. E. D. P.

L'Assemblée générale annuelle de la Société des diplômés de l'Ecole dentaire de Paris a eu lieu le dimanche 12 mars. Elle a été suivie d'un déjeuner au restaurant Peters, passage des Princes.

SESSION D'AVRIL DE LA F. D. N.

La Fédération dentaire nationale tiendra une session en avril prochain. Nous en publierons ultérieurement le programme.

ÉCOLE DENTAIRE DE MONTRÉAL.

L'Ecole dentaire française de Montréal (Canada) devient le centre d'un mouvement professionnel de langue française intéressant et nous sommes heureux d'y compter de nouveaux abonnés.

RÉUNION ANNUELLE DES CHIRURGIENS DENTISTES ALLEMANDS.

La 44^e assemblée annuelle de la Société centrale des chirurgiens-dentistes allemands aura lieu à Hanovre du 4 au 6 août 1905.

Rappelons que la F. D. I. se réunira sans doute à cette époque dans la même ville.

La réunion comprendra des communications orales et des démonstrations.

(*Deut. Mon. f. Zahn.*, février 1905.)

CONGRÈS ET EXPOSITION RÖNTGEN A BERLIN.

Du 30 avril au 3 mai 1905 auront lieu à Berlin le Congrès et l'Exposition Röntgen auxquels pourront prendre part les dentistes, entre autres praticiens. L'exposition comprendra deux sections : dans la première figurera l'Odontologie, à côté des autres branches de la médecine.

(*El siglo medico*, 25 février 1905.)

INCENDIES CHEZ DES DENTISTES.

Le *Dental Digest* de janvier 1905 ne signale pas moins de cinq incendies chez des dentistes des Etats-Unis en décembre 1904 et janvier 1905. Le maximum des dommages subis s'est élevé à 60.000 francs.

ASSOCIATION DENTAIRE BRITANNIQUE.

L'assemblée générale annuelle de l'Association dentaire britannique aura lieu à Southport du 20 au 23 mai prochain.

HOPITAL DENTAIRE DE SYDNEY.

En vertu d'un vote du Parlement d'Australie, l'hôpital dentaire de Sydney et l'hôpital dentaire de l'Université de cette ville sont fusionnés en un seul établissement sous le nom d'*hôpital dentaire de Sydney*, qui sera administré par un conseil de six membres nommés par le Sénat de l'Université et de six membres nommés par le Conseil de l'hôpital. Les soins dentaires y seront gratuits et l'enseignement n'y sera donné qu'aux étudiants dentaires de l'Université.

(*Dental Surgeon*, 4 mars 1905.)

ADRESSES UTILES

La ligne: 20 francs par an, **{ dans 24 numéros.**
Lignes en sus: 10 fr. la ligne.}

- C. Ash et fils (*Fourn. gén.*) 22, rue du Quatre-Septembre, PARIS. TÉLÉPHONE 294.47.
 Dr Bengué (*Anestile*), 47, rue Blanche, PARIS.
 Clin et C^e (*Produits pharmaceutiques,adrénaline,Tubes stérilisés à tous médicaments*), 20, rue Fossés-Saint-Jacques, PARIS. TÉLÉPHONE 806.37 — 815.84.
 J. Panguet, Georges Clotte, s^r (*Impressions en t. genres*), 28, r. d'Engaïen, PARIS.
 Comptoir international (*Fourn. gén.*), 15, avenue Fonsny, BRUXELLES.
 Contenau et Godart fils (*Fourn. gén.*), 7, r. du Bouloï, PARIS. TÉLÉPHONE 214.53.
 Cornelsen (*Fourn. gén.*), 16, rue St-Marc. TÉLÉPHONE 218.69.
 A. Debraux, prof^r (*Cert. d'Et. exigé des dentistes*), 17, faub. Montmartre, PARIS.
 L. Mairlot (*Fourn. gén.*), 24, place Ste-Gudule, BRUXELLES. TÉLÉPHONE 1429.
 A. Mellottée, imprimeur de *L'Odontologie à CHATEAUROUX*.
 P. Périé fils (*Fournitures générales*), 7, place Lafayette, TOULOUSE.
 B. Platschick (*Prothèse à façon*), 3, rue Ventadour, PARIS. TÉLÉPHONE 222.82.
 Reymond frères { 22, rue Le Peletier, PARIS.
 { 44, place de la République, LYON.
 { 69, rue de la Croix-de-fer, BRUXELLES.
 { 3, rue Petitot, GENÈVE.
 TÉLÉPHONE 312.91.
 L. Riasse (*Agent de la Consolidated D. M. Co*), 97, rue Montmartre, PARIS,
 TÉLÉPHONE 283.75.
 Victor Simon et C^e (*Four. gén.*), 54, rue Lamartine, PARIS. TÉLÉPHONE 269.45.
 Société coopér. des dent. de Fr., 45, r. de La Tour-d'Auvergne. TÉLÉPH. 223.04.
 Société Française { 58 bis, Chaussée-d'Antin, Paris } Grande exposition, au dépôt
 { de PARIS, de toutes les
 { Fournitures Dentaires. } Adr. télég. : Sociédents. } Nouveautés dans l'outil-
 { lage de MM. les Dentistes.
 V^e J. Wirth (*Manuf. dent.*), 22-24, av. Philippe-Auguste, PARIS. TÉLÉPH. 923.48.

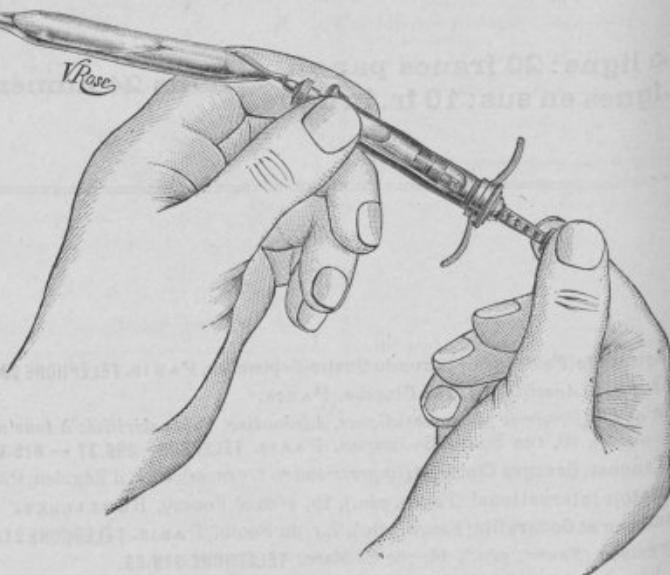
Nouvel Anesthésique local

LA STOVAÏNE-BILLON

SYNTHÈSE: *Chlorhydrate de dyméthyl-amino-benzoïl-pentanol.*

Deux fois moins toxique que la cocaïne

— PLUS D'ACCIDENTS DE VASO-CONSTRICITION PRODUITS PAR LA COCAÏNE —



Seule, la **STOVAÏNE-BILLON** a été l'objet d'un rapport spécial fait par M. BILLON à l'Académie de Médecine, le 29 mars 1904.

Se méfier des produits vendus sous le nom de Stovaïne qui n'ont rien de commun avec cette dernière.

Voir: *L'Odontologie*, 30 avril 1904, pages 377 à 390, article du Dr E. Sauvez, professeur à l'Ecole dentaire de Paris.

Les Archives de Stomatologie, avril 1904, pages 61 à 67, article du Dr R. Nogué.

La Revue de Stomatologie, avril 1904.

La Presse Médicale, 13 avril 1904, etc., etc.

En boîtes de 12 ampoules de 2 c/c Frs.	4 "
— 50 —	<u>15 "</u>

DÉPOSITAIRES GÉNÉRAUX:

Société Française de Fournitures Dentaires

58 bis, Rue de la Chaussée-d'Antin, PARIS

Adresse Télégr.: SOCIÉDENTS-PARIS. Téléphone : 214-47

En vente dans tous les Dépôts dentaires de Paris & de Province

Dépositaire Général en Belgique, L. Mairlot, 24, place Sainte-Gudule. Bruxelles.

**Instruments, Meubles et tous Articles dentaires d'occasion.
ACHAT et VENTE ~ LOUIS, 8, faub. Montmartre.**

TRAITÉ DE CHIMIE

Avec la notation atomique, par LOUIS SENNES, ancien élève de l'Ecole Polytechnique, professeur de chimie à l'Ecole municipale supérieure Jean-Baptiste Say. — Un volume in-8 de plus de 900 pages, avec 295 gravures sur bois intercalées dans le texte. — Prix : 10 francs. — BAUDRY et C^e, éditeurs, 15, rue des Saints-Pères, Paris.

X
LABORATOIRE
SPECIAL DE PROTHÈSE
B. PLATSCHICK
SERVICE TRÈS RAPIDE pour la PROVINCE
3
RUE
VENTADOUR
PARIS
222-82. Téléphone, 222-82.

Recommandé : Institut des Langues et des Sciences. Certificats d'Etudes exigés des candidats au grade de Chirurgien-Dentiste
481 élèves reçus de 1897 à 1904 dont 76 en 1903 ou 1904, moyenne : reçus 90 0/0 des élèves présentés
200 FR. DU 9 NOVEMBRE A JUILLET, 2 HEURES PAR JOUR
Cours 1^{re} partie, du Baccalauréat de 2 h. à 4 h. tous les jours : 450 fr. l'année scolaire
Directeur : A. DEBRAUX, 17, faub. Montmartre, Paris
Pension avec chambres particulières, prix modérés.

En vente à l'Ecole Dentaire de Paris :
CATALOGUE de la BIBLIOTHÈQUE
de l'École Dentaire de Paris
Par E. BONNARD, avec la collaboration de J. DE CROËS
Prix : un franc. (Port en sus 0,30.)

Comptoir international
D'ARTICLES DENTAIRES
et Maison LEMORL réunis
Dépôt des meilleures marques
15, Avenue Fonsny, 15
BRUXELLES

Photomicrographie histologique et bactériologique
Par J. CHOQUET,
Chirurgien-dentiste D. E. D. P. de la Faculté de Médecine de Paris.
Préparateur à l'Ecole dentaire de Paris
200 pages, 100 gravures et 8 planches en phototypie
Charles MENDEL, éditeur 118, rue d'Assas, PARIS. Prix : 6 francs.

L'administration de L'ODONTOLOGIE,
possédant des collections presque complètes depuis la fondation du journal
(Juin 1881), peut céder à ses lecteurs les numéros dont ils ont besoin.

P. DENNINGER
47, rue des Batignolles, 47
PARIS

PROTHÈSE à FAÇON
Fournitures générales pour dentistes.
Spécialité de pièces en or et BRIDGE-WORK

RENSEIGNEMENTS UTILES

La ligne: 20 francs par an, { dans 24 numéros.
Lignes en sus: 10 fr. la ligne

ALLIAGE DENTAIRE

Contenau et Godart fils, 7, rue du Bouloï, PARIS, TÉLÉPHONE 214.53.

CERTIFICAT D'ÉTUDES.

Institut des Langues et des Sciences. A. Debraux, dir., 17, fg. Montmartre. 170 élèves reçus (noms et adresses publiés) ces dernières années. Examens de 1903 : 40 élèves reçus sur 50; 1904, 38 élèves reçus sur 46. Les 4/5 du cours de 1901, 1902, 1903 et 1904 reçus. Envoi des noms et adresses des diplômés.

CONTINUOUS GUM

B. Platschick, 3, rue Ventadour (*Laboratoire spécial*). TÉLÉPHONE 222.82.

DENTS XX^e SIÈCLE

D^r Garlier, seul concessionnaire pour la France, 61, rue de Flandre, PARIS.

FOURNITURES GÉNÉRALES.

Comptoir international, 15, avenue Fonsny, BRUXELLES.

Contenau et Godart fils, 7, rue du Bouloï, PARIS, TÉLÉPHONE 214.53.

Cornelsen, 16, rue Saint-Marc, TÉLÉPHONE 218.69.

Colin Logan fils, 113, rue Réaumur, près la Bourse, PARIS. TÉLÉPHONE 288.79.

H. Ningler et Lemesle, 12, rue des Immeubles industriels.

Reymond frères	{ 22, rue Le Peletier, PARIS. TÉLÉPHONE 312.91. 44, place de la République, LYON. 69, rue de la Croix de fer, BRUXELLES. 3, rue Petitot, GENÈVE.
----------------	---

Victor Simon et C^o, 54, rue Lamartine, PARIS. TÉLÉPHONE 269.45.

Société coopérative des dentistes de France, 45, rue de La Tour-d'Auvergne. TÉLÉPHONE 223.04.

Société Française de Fournitures Dentaires.	{ 58 bis, Chaussée-d'Antin, Paris TÉLÉPHONE 214.47. Adr. télég. : Sociétés.	{ Grande exposition, au dépôt de PARIS, de toutes les Nouveautés dans l'outil- lage de MM. les Dentistes.
---	---	--

V^e J. Wirth, 22-24, avenue Philippe-Auguste, PARIS. TÉLÉPHONE 923.48.

RENSEIGNEMENTS UTILES

La ligne: 20 francs par an, }
Lignes en sus: 10 fr. la ligne } dans 24 numéros.

IMPRESSIONS EN TOUS GENRES.

A. Mellottée, imprimeur de *L'Odontologie*, à CHATEAUROUX.
J. Fanguet, Georges Clotte, successeur, fournisseur de l'*Ecole Dentaire*,
28, rue d'Enghien, à PARIS.

MATIÈRES OBTURATRICES.

<i>Amalgame Fellowship.</i>	}	Société Française de Fournitures Dentaires.
<i>L'Or Universel.</i>	}	TÉLÉPHONE 214-47.
<i>Ciment Fellowslip.</i>	}	

OPALINE, MEUBLES ASEPTIQUES.

L. Deglain, 88 et 92, quai Jemmapes, PARIS.

PRODUITS ANESTHÉSIQUES.

<i>Anestile. Dr Bengué</i> , 47, rue Blanche, PARIS.		
<i>Anesthésique Wilson, Central chemical C°</i> , 34, rue de l'Échiquier, PARIS.		
<i>Hypnoforme</i> (chlorure d'Ethyle spécial).	}	<i>Chevretin et Lematte, 24, rue Caulaincourt, PARIS.</i>
<i>Chloroforme</i> , chimiquement pur.	}	<i>martin. TÉLÉPHONE 245.56.</i>
<i>Anesthésique local du Dr R. B. Waite.</i>	}	<i>Société Française de Fournitures Dentaires.</i>
<i>Somnoforme.</i>	}	<i>TÉLÉPHONE 214.47.</i>
<i>Stovaïne Billon.</i>	}	

PRODUITS PHARMACEUTIQUES

<i>Adrénaline Clin. Clin et C°</i> , 20, rue des Fossés-Saint-Jacques, PARIS.		
<i>Ampoules MOREAU pour l'Art dentaire (cocaine, tropacocaine, etc.).</i>		
<i>Ampoules MOREAU à la Stovaïne 1 et 2 cc³ — 2 fr. et 2 fr. 50. Paris, 5, Rond-Point de Longchamp, 45, rue de La Tour-d'Auvergne, Société coopérative.</i>		
<i>Formyl-Géranium.</i>	}	<i>Société Française de Fournitures Dentaires.</i>
<i>Xyléna. Liquide antiseptique.</i>	}	<i>TÉLÉPHONE 214-47.</i>

PROTHÈSE A FAÇON.

Lalement et Coutif, 5, rue de Laborde (Travaux artistiques). TÉLÉPHONE 550.73.
Pauchet, 23, rue Lemercier, Paris. Travaux soignés, prix modérés.
B. Platschick, 3, rue Ventadour (Laboratoire spécial). TÉLÉPHONE 222.82.

MANUEL DU CHIRURGIEN-DENTISTE

PUBLIÉ SOUS LA DIRECTION DU DR Ch. GODON, directeur de l'Ecole dentaire de Paris
 9 vol. in-18, avec fig. Prix de chaque vol. cartonné . . . 3 francs.

TOME I^{er}. — **Notions générales d'Anatomie, d'Histologie et de Physiologie**, par le Dr Paul Marie, 322 p.

TOME II. — **Notions générales de Pathologie**, par le Dr Auguste Marie, préface du Prof. Launois, 272 p.

TOME III. — **Anatomie et Physiologie de la bouche et des dents**, par le Dr E. Sauvez, 2^e édition, 314 p., 78 fig.

TOME IV. — **Pathologie de la bouche et des dents**, par le Dr Léon Frey et G. Lemerle, 2^e édition, 348 p., 35 fig.

TOME V. — **Thérapeutique de la bouche et des dents, hygiène buccale et anesthésie dentaire**, par le Dr M. Roy, 2^e édition, 315 p.

TOME VI. — **Clinique des maladies de la bouche et des dents**, par le Dr Ch. Godon, 2^e édition, 300 p., 50 fig.

TOME VII. — **Dentisterie opératoire**, par le Dr Ch. Godon, 2^e édition.

TOME VIII. — **Clinique de prothèse, prothèse dentaire, prothèse orthopédique ou orthodontie**, par P. Martinier, 2^e édition, 320 p., 50 fig.

TOME IX. — **Clinique de prothèse chirurgicale et restauratrice des maxillaires**, par P. Martinier, 2^e édition.

Librairie J.-B. BAILLIÈRE et Fils, 49, rue Hautefeuille, PARIS

MAISON fondée en 1893 TIMBRES-POSTE TÉLÉPHONE 582-04
 pour COLLECTIONS
 VENTE - ACHAT - ÉCHANGE
Émile MATTHEY, 73, rue Truffaut, PARIS (XVII^e)
Membre de la Société Française de Timbrologie, de l'Association Philatélique des Membres du Touring-Club, de la Société Philatélique de Dresden, etc., etc.
Envois à choix composés de bons et beaux timbres de tous pays
 Exécution parfaite de toute MANCO-LISTE
Spécialité de Timbres de FRANCE et COLONIES FRANÇAISES
N. B. — Une remise étant accordée à tous les lecteurs de *L'Odontologie*, prière en cas de transaction de vouloir bien citer ce journal.

AVIS

Pour les besoins de l'enseignement préparatoire de 1^{re} année à l'École dentaire de Paris, un très grand nombre de dents naturelles, cariées ou non, sont nécessaires. En mettant de côté et en nous faisant parvenir toutes les dents dont ils font l'avulsion, nos confrères rendraient service à cet enseignement et nous leur en serions très reconnaissants.

L'ODONTOLOGIE

L'Odontologie est une TRIBUNE LIBRE, où toutes les opinions peuvent se produire; les signataires gardent l'entièvre responsabilité de leurs appréciations.

DOCUMENTS OFFICIELS

RAPPORT DE M. LE DIRECTEUR DE L'ASSISTANCE PUBLIQUE

relatif au Concours des Ecoles dentaires de Paris pour les soins dentaires à donner aux malades des hôpitaux¹.

Messieurs,

Antérieurement à 1887, il n'existeait dans les hôpitaux de Paris aucune organisation officielle des services dentaires. Les soins dentaires étaient donnés bénévolement par des dentistes de la ville, sur la demande de quelques chefs de service ou de quelques directeurs d'hôpitaux, comme à la Charité, à l'Hôtel-Dieu, à la Pitié, par exemple. Les services étaient très irréguliers et plus que rudimentaires.

En 1887, on procédait à une première organisation de services dentaires dans huit hôpitaux, puis en 1891 dans douze ; les titulaires furent nommés au choix parmi des docteurs en médecine, dentistes de la ville (arrêtés du 20 août 1887 et du 18 novembre 1891).

En 1896, puis en 1898, sur un rapport de mon prédécesseur, le Dr Peyron, l'Assistance publique se décida, à la suite de pétition

¹. Nous avons la bonne fortune de pouvoir mettre sous les yeux de nos lecteurs le rapport soumis par M. le Directeur de l'Assistance publique au Conseil de surveillance dans sa séance du 20 octobre 1904.

C'est le premier rapport officiel qui présente sous son vrai jour la question des soins dentaires aux pauvres dans les hôpitaux et les services publics et rend aux Ecoles dentaires en général et à l'Ecole dentaire de Paris en particulier la justice qui leur est due.

des dentistes, à améliorer l'organisation de ces services dentaires (arrêté du 14 janvier 1896).

Votre rapporteur, M. le Dr Dubrisay, au nom de la Commission à laquelle fut renvoyé ce projet, concluait le 24 mars 1898, en disant :

« Avec l'organisation actuelle de nos études médicales, il n'y a pas dans nos Facultés de cours spéciaux sur les maladies de la bouche et des dents, ni sur la prothèse dentaire. Il pourrait donc se faire qu'un docteur agréé comme dentiste des hôpitaux fût insuffisamment préparé au point de vue de la technique professionnelle. Pour résoudre cette difficulté, M. le Doyen a fait une proposition que la Commission a adoptée à l'unanimité : décider que tous les candidats devraient être à la fois docteurs en médecine et chirurgiens-dentistes, et auraient à justifier que ce second diplôme de chirurgien-dentiste a été obtenu après une scolarité d'une année dans une Ecole dentaire désignée ou un stage d'un an dans un service désigné de l'un des hôpitaux de Paris. »

Ces conclusions furent adoptées par le Conseil de surveillance. Elles constituèrent le régime auquel furent soumis les services dentaires hospitaliers jusqu'en 1901, époque à laquelle, à la suite d'un rapport de M. Brun, membre du Conseil de surveillance, il fut institué un concours pour la nomination des dentistes des hôpitaux, dans lequel, au lieu du titre de chirurgien-dentiste, il est réclamé une série d'épreuves médicales et techniques.

Ainsi, dans l'état actuel des choses, les dentistes des hôpitaux sont nommés et fonctionnent conformément aux articles 99 à 105 du règlement général sur le service de santé.

Nos services sont ainsi organisés :

Services dirigés par un dentiste des hôpitaux.

CONSULTATIONS DEUX FOIS PAR SEMAINE

Nombre moyen des consultants à chaque séance :

Hôtel-Dieu, 80. — Charité, 30. — Saint-Antoine, 43. — Enfants-Malades, 3 à 15. — Pitié, 64. — Necker, 16. — Beaujon, 12 à 15. — Saint-Louis, 50 à 60. — Lariboisière, 45. — Tenon, 14. — Enfants-Assistés, 15. — Bretonneau, 4. — Trousseau, 10. — Hébold, 7.

Services dirigés par un dentiste adjoint.

CONSULTATIONS UNE FOIS PAR SEMAINE

Nombre moyen des consultants à chaque séance :

Salpêtrière, 10. — Cochin, 15. — Cochin (annexe Ricord), 4. — Broussais, 10. — Boucicaut, 25. — Bichat, 10. — Bicêtre 50 à 60.

A Laënnec, Ivry, les Ménages, Andral, la Maternité, Baudelocque, Tarnier, La Rochefoucauld, Sainte-Périne, Chardon-Lagache, etc., il n'existe pas de consultation. Le dentiste vient une fois par semaine, deux fois ou une fois par mois ou seulement sur la demande des hospitalisés.

On peut estimer, d'après le tableau qui précède, à 50,000 environ le nombre des consultations dentaires données dans nos établissements chaque année.

Les dépenses du service dentaire peuvent être évaluées annuellement à 22.000 francs, personnel médical et dépenses diverses.

Au point de vue de l'installation, de l'organisation matérielle et de l'outillage, ces services laissent tout à désirer et on ne peut que constater, en face de cette insuffisance notoire, le dévouement qu'apportent nos dentistes en acceptant de travailler dans des conditions matérielles aussi déplorables, alors qu'il leur est impossible de se livrer aux opérations multiples que comporte leur art.

Deux installations paraissent assez complètes : Hôtel-Dieu et Saint-Louis ; quatre acceptables : Broca, Boucicaut, Enfants-Assistés et Beaujon ; toutes les autres se composent d'une seule pièce, quelquefois commune à d'autres services ; l'inventaire des instruments exclusivement affectés à la dentisterie donne comme chiffres par établissement, non compris le fauteuil et le tour : 15, 30, 40, 49, 70 et 90.

Ces constatations et ces chiffres attestent suffisamment que l'organisation de 1901 n'a pas donné de résultats, aussi bien au point de l'intérêt des malades qu'à celui de l'enseignement.

D'autre part, les plaintes que nous recevons de tous côtés, tant des titulaires des services que de ceux qui s'occupent de ces questions spéciales, montrent que cette organisation est loin de répondre à son objet.

Elle a été appréciée mieux que nous ne saurions le faire dans une thèse à la Faculté de médecine, en 1900, dédiée à l'un de nos chefs de service par M. le docteur Jean Peyrot, et consacrée au « fonctionnement des services dentaires dans les hôpitaux ».

L'auteur, qui doit avoir suivi deux ans les services dentaires, après avoir montré que l'organisation desdits services est restée « fort arriérée » dans les hôpitaux de Paris, que les salles sont trop petites, que le matériel est souvent vieux et usé, que l'asepsie est parfois impossible à observer, le personnel infirmier insuffisant, etc., s'exprime ainsi :

« Au point de vue social comme au point de vue scientifique, le *statu quo* ne peut pas subsister ; il me semble de toute nécessité de faire une réforme sérieuse.

» Ces séries d'exactions bi-hebdomadaires, telles qu'elles sont

pratiquées dans la plupart des hôpitaux de Paris, ne peuvent raisonnablement pas mériter le titre de consultations dentaires et le peuple ne reçoit pas les soins qu'il est en droit d'attendre.

» Il nous semble inadmissible qu'un ouvrier, si une dent atteinte de pulpite lui enlève tout repos, soit obligé d'attendre parfois trois jours au milieu de douleurs intolérables pour se faire extraire (quelquefois laborieusement par un élève) la dent qui le fait souffrir. La consultation consiste purement et simplement, comme nous l'avons déjà dit, en extractions, ouvertures d'abcès, nettoyages.

» La consultation est annoncée à 9 heures. Les malades, pour ne pas attendre trop longtemps et sortir de l'hôpital avant midi, s'empressent de venir de bonne heure, entre 8 heures et 8 h. 1/2 ; ils reçoivent un numéro d'ordre qui leur permet d'être introduits à leur tour.

» Ils attendent dans une antichambre obscure et quelquefois malpropre, tassés les uns contre les autres sur des bancs, exposés aux courants d'air, d'autres fois dans un couloir ou sous une galerie.

» Le plus souvent, il n'y a pas de salle d'attente spéciale pour le service de stomatologie ; les malades attendent dans les salles d'attente communes aux autres malades de médecine ou de chirurgie, obligés de subir une promiscuité qui peut être dangereuse, une contagion bien inutile.

» Le chef, obligé d'assurer souvent le service de plusieurs hôpitaux, arrive quelquefois en retard ; certains sont, en effet, chargés le même jour, à la même heure, de deux et quelquefois de trois consultations éloignées les unes des autres.

» Les aides, lorsqu'ils existent, sont insuffisants ; l'outillage est le plus strict.

» Les cas ne sont pas rares où le dentiste d'un hôpital ne peut qu'engager le patient à se faire traiter chez un dentiste, pour conserver un organe dont la suppression donnerait lieu à des troubles fonctionnels ou à une esthétique fâcheuse !

» Ainsi donc, le dentiste des hôpitaux se trouve souvent dans la triste nécessité, ou bien de renvoyer le malade qui vient le consulter, sans le soulager, ou bien d'arracher une dent qui pourrait souvent se soigner.

» Dans les deux cas, il y a abus de confiance à l'égard du malheureux qui vient à l'hôpital, croyant y trouver assistance : on lui supprime un organe qu'il pourrait conserver, ou bien on l'engage à s'adresser ailleurs, après lui avoir fait perdre une matinée. »

Ainsi, dans nos hôpitaux, le médecin-dentiste vient deux fois par semaine, généralement de 9 heures à midi, soit 3 heures environ. Il reçoit, dans un service de consultation externe, les malades de l'hôpital ou du dehors qui se présentent pour des affections de la bouche

ou des dents, vingt, trente, quelquefois quarante. Il les examine et fait l'opération d'urgence que nécessite leur cas, le plus souvent l'extraction de la dent malade. En effet, comme on l'a vu par le tableau qui précède et par nos citations, il est obligé de se limiter à l'opération d'urgence à cause du peu de temps, du peu de place, et du peu de personnel dont il dispose et du grand nombre de malades qui l'attendent. Il ne peut pas davantage donner des soins plus complets aux malades de l'hôpital, quoique quelques chefs de service l'aient déjà réclamé, pour les services infantiles et de syphilites par exemple. Encore moins peut-il soigner le personnel de l'hôpital.

Il paraît donc impossible, dans les conditions actuelles, de faire aux malades le traitement complet de leurs dents, 2^e, 3^e et 4^e degrés, ainsi que l'indiquerait la dentisterie opératoire moderne, comme ces traitements sont appliqués chez les dentistes de la ville pour la clientèle riche, encore moins de leur faire les appareils de prothèse indiqués. En effet, en supposant que nous fassions des frais considérables d'installation et que les locaux soient suffisants, ce qui n'est malheureusement pas le cas, le chef de service ne pourrait soigner plus d'un malade par demi-heure, soit six en moyenne par séance de trois heures.

Il faudrait ainsi à chaque hôpital une véritable salle de dentisterie opératoire et un laboratoire de prothèse avec des aides en quantité suffisante, comme cela existe dans les Ecoles dentaires.

Nous avons pu, avec l'organisation actuelle, assurer à peu près, dans la plupart de nos hôpitaux de Paris, dans des conditions encore bien défectueuses et auxquelles nous nous efforçons de remédier, des services dentaires où nos malades trouvent des soins d'*urgence*, mais il ne nous a pas été possible, jusqu'à présent, et nous ne pouvons prévoir quand nos ressources nous permettront d'assurer à nos malades des soins dentaires complets, semblables à ceux que reçoit la clientèle riche de la ville, conformément au progrès de la science moderne, et comme nous leur en assurons pour nos services de médecine et de chirurgie.

Cette situation n'est nullement le fait, comme nous le disions plus haut, des titulaires actuels des services dentaires des hôpitaux, et ils n'encourent aucun reproche, mais bien de l'organisation insuffisante et rudimentaire de ces services, qui ne permet pas d'y faire ce qu'on appelle la dentisterie complète. Aussi, tous ceux qui sont au courant de cette question sont d'accord pour reconnaître que cette situation ne peut pas durer et qu'il y a lieu d'y porter remède.

Pour assurer à nos malades et à notre personnel les soins complets que comportent la dentisterie et la prothèse dentaire, il faudrait en quelque sorte créer une Ecole dentaire dans chaque hôpital, ce qui est, pour le moment, financièrement impossible. On a fait, il y a

quelques années, le projet d'en créer une à la Pitié, comme le rappelait M. Brouardel récemment à la Commission de médecine et de pharmacie du Conseil supérieur de l'instruction publique, projet que l'on a abandonné à cause des dépenses qu'il entraînait. La création d'une Ecole dentaire par hôpital ne pourrait donc être envisagée que dans un avenir assez éloigné, si elle est jamais possible.

On ne peut rester dans une situation qui consiste à laisser les pauvres gens attendre, pour bénéficier, comme le riche, de la dentisterie complète, la réalisation de projets aussi lointains. On ne peut pas non plus continuer à leur arracher purement et simplement les dents. Aussi, me suis-je préoccupé des moyens de remédier dans une certaine mesure à cette situation, et j'ai l'honneur de vous proposer une solution qui, sans grever notre budget, permettrait de réaliser en partie cette réforme.

Cette solution consiste dans la collaboration des Ecoles dentaires libres, reconnues d'utilité publique, pour les soins à donner à notre clientèle si intéressante des hôpitaux. En effet, par une récente délibération, la Commission de médecine et de pharmacie du Conseil supérieur de l'instruction publique (séance du vendredi 24 juin 1904) accueillait favorablement l'idée de cette collaboration pour permettre, d'autre part, la réalisation d'une réforme au point de vue des examens des chirurgiens-dentistes.

Deux Ecoles possèdent ce caractère d'établissement d'utilité publique. Fondées, la 1^e en 1879, la 2^e en 1883, elles étaient bientôt subventionnées par la Ville de Paris et elles rendaient des services tels que, lorsque, en 1894, sur la demande de la Faculté de médecine, le gouvernement, en présentant son budget, proposa à la Chambre un crédit destiné à créer un enseignement dentaire, qui manquait et manque encore à l'Ecole de médecine, le rapporteur du budget du Ministère de l'instruction publique, M. Bastid, en proposa le rejet, estimant qu'il n'était pas nécessaire que l'Etat vint détruire ce qu'avait produit l'initiative individuelle.

Il s'exprimait ainsi :

« Il nous a semblé que la loi du 30 novembre 1892, en rendant obligatoire le diplôme de chirurgien-dentiste pour l'exercice de l'art dentaire, n'imposait pas nécessairement à l'Etat d'organiser cet enseignement dans ses Facultés.

» Il existe, à Paris, deux Ecoles dentaires qui ont donné les meilleurs résultats et qui sont en pleine prospérité.

» On peut prévoir que des Ecoles de ce genre s'organiseront ailleurs.

» Si l'on impose cet enseignement dans les Facultés de médecine, qui ne le demandent pas, c'est la mort des établissements libres.

» Est-il donc nécessaire que l'Etat vienne détruire ce qu'a produit l'initiative individuelle ?

" Il aura, par les examens et par la collaboration des diplômés, la haute main sur l'enseignement dentaire : il pourra par là veiller à ce que les chirurgiens-dentistes aient les connaissances scientifiques que la loi exige ; mais il sortirait de son rôle en voulant tout absorber, et nous ne pensons pas qu'il y ait utilité à créer, en vue de l'organisation dentaire dans les Facultés, une cause de dépenses nouvelles pour le budget.

" Nous avons donc rejeté le crédit de 50.000 francs qui nous était demandé. "

M. Bastid n'avait pas tort de constater les heureux résultats donnés dans les Ecoles dentaires.

Les initiateurs des Ecoles libres n'estimaient pas, en effet, qu'ils avaient assez fait, en obtenant, par la loi du 30 novembre 1892 sur l'exercice de la médecine, la création du diplôme spécial de chirurgien-dentiste.

Soucieux avant tout de progrès, ils se mirent en rapport avec l'Assistance publique, et ils obtinrent successivement de l'Administration :

En 1896, l'ouverture d'un cours payant pour leurs élèves, à l'Amphithéâtre d'anatomie ;

En 1898, l'institution dans les hôpitaux d'un stage clinique rétribué.

Ainsi, d'une part, absence d'enseignement officiel donné par l'Etat ; d'autre part, efforts incessants de l'enseignement libre : voilà ce qu'on peut constater depuis 1892, et il suffit de jeter les yeux sur un programme pour voir combien l'enseignement dentaire est organisé sérieusement.

Nous avons, du reste, cette année, visité l'une de ces Ecoles : l'Ecole dentaire de Paris, au mois de janvier et d'avril derniers, avec le doyen de la Faculté de médecine de Paris, le Président du Conseil de surveillance, le Secrétaire général et quelques membres du Conseil de surveillance, et procédé à l'inauguration de ses nouveaux bâtiments construits avec une subvention du Parc mutuel.

On a pu se rendre compte, par la visite des locaux, que cette Société, fondée en 1879, reconnue d'utilité publique par le Ministère de l'intérieur en 1892, ayant un Comité de patronage qui nous offre les plus grandes garanties et dont font partie plusieurs membres de notre Conseil de surveillance, dispose d'un dispensaire comprenant une installation aussi complète qu'il est possible pour la dispensation des soins de dentisterie opératoire et de prothèse dentaire. Du reste, quarante mille malades y sont traités par an. On y trouve un nombreux personnel de chirurgiens-dentistes, professeurs, chefs de clinique, démonstrateurs, préparateurs (60 environ), tous nommés au concours, assisté d'un personnel de 250 étudiants qui aident les membres du corps enseignant comme opérateurs, des locaux vastes

(plus de 1.000 mètres de superficie) avec des services de consultation tous les jours, même les dimanches et les jours fériés.

Les malades sont reçus par des chefs de service qui, après examen, les dirigent vers les divers services de traitement, dentisterie opératoire ou prothèse, suivant le cas.

Nous avons vu, notamment, un service de restaurations buccales et faciales absolument unique à Paris, où, du reste, des chirurgiens de nos hôpitaux envoient de nombreux malades.

Je dois ajouter que certains dentistes des hôpitaux, qui appartiennent au corps enseignant de cette Ecole, en font autant pour les malades dentaires.

Notre proposition actuelle n'est donc que la confirmation d'un usage que nous avons seulement à approuver et à généraliser, et qu'il convient de régulariser.

Nous sommes à ce sujet en présence d'une offre précise de l'Ecole dentaire de Paris. L'autre Ecole, j'ai tout lieu de le croire, est disposée à faire de même.

Dans le cas où cette proposition aurait votre approbation, l'Assistance publique aurait ainsi, comme une sorte d'annexes de ses services dentaires, deux établissements de traitement et d'enseignement odontologiques importants, disposant d'un personnel, de locaux et de dispensaires suffisants pour la dentisterie complète et de laboratoires de prothèse qui nous ont été si souvent réclamés.

Il y a donc là un essai intéressant à tenter, et avec votre approbation nous pouvons nous assurer le concours de ces deux Ecoles, en établissant avec leurs Conseils d'administration une entente sur des bases déjà acceptées par le Conseil de l'Ecole et du Dispensaire dentaires de Paris.

Nos malades leur seraient adressés par le directeur ou les chefs de service des hôpitaux pour y recevoir le traitement dentaire complet que nécessite leur cas sous la responsabilité du directeur et des chefs de service de l'Ecole dentaire. Les élèves desdites Ecoles admis déjà dans plusieurs des services de nos hôpitaux pourraient, d'accord avec les directeurs des Ecoles, sur la demande des chefs de service, les assister, soit à la consultation externe, soit au traitement des malades dans les salles, notamment dans les services de syphilitiques où les soins dentaires si nécessaires font si souvent défaut.

Non seulement cette solution mettrait à la disposition de l'Assistance publique de Paris deux Ecoles dentaires disposant de locaux importants, de dispensaires jouissant d'une installation complète et coûteuse, d'un personnel de praticiens dentistes et d'élèves (environ 500) qui constituent autant d'assistants bénévoles pour le traitement dentaire de nos malades dans des conditions de garanties très suffisantes; mais encore elle associe nos divers services à l'œuvre d'en-

seignement des élèves chirurgiens-dentistes, ce qu'ont souhaité à plusieurs reprises mes prédécesseurs.

Cette solution rendrait possible la réforme si désirée des examens de chirurgiens-dentistes, en nous permettant de mettre à la disposition de la Faculté de médecine de Paris l'installation qui lui est nécessaire pour les épreuves techniques de cet examen et qui nous est nécessaire à nous-mêmes pour le concours sérieusement réorganisé des dentistes des hôpitaux.

Elle donne ainsi satisfaction aux *desiderata* récemment exprimés par la Commission de médecine et de pharmacie du Conseil supérieur de l'instruction publique, dans la séance du vendredi 24 juin 1904, au point de vue de la réforme des examens de chirurgiens-dentistes, ainsi qu'aux désirs du Parlement tels qu'ils étaient formulés à la Commission du budget de 1894 et qui figurent dans le rapport de M. Bastid, au sujet de la collaboration des Ecoles dentaires libres dans les œuvres d'assistance et d'enseignement de l'Etat.

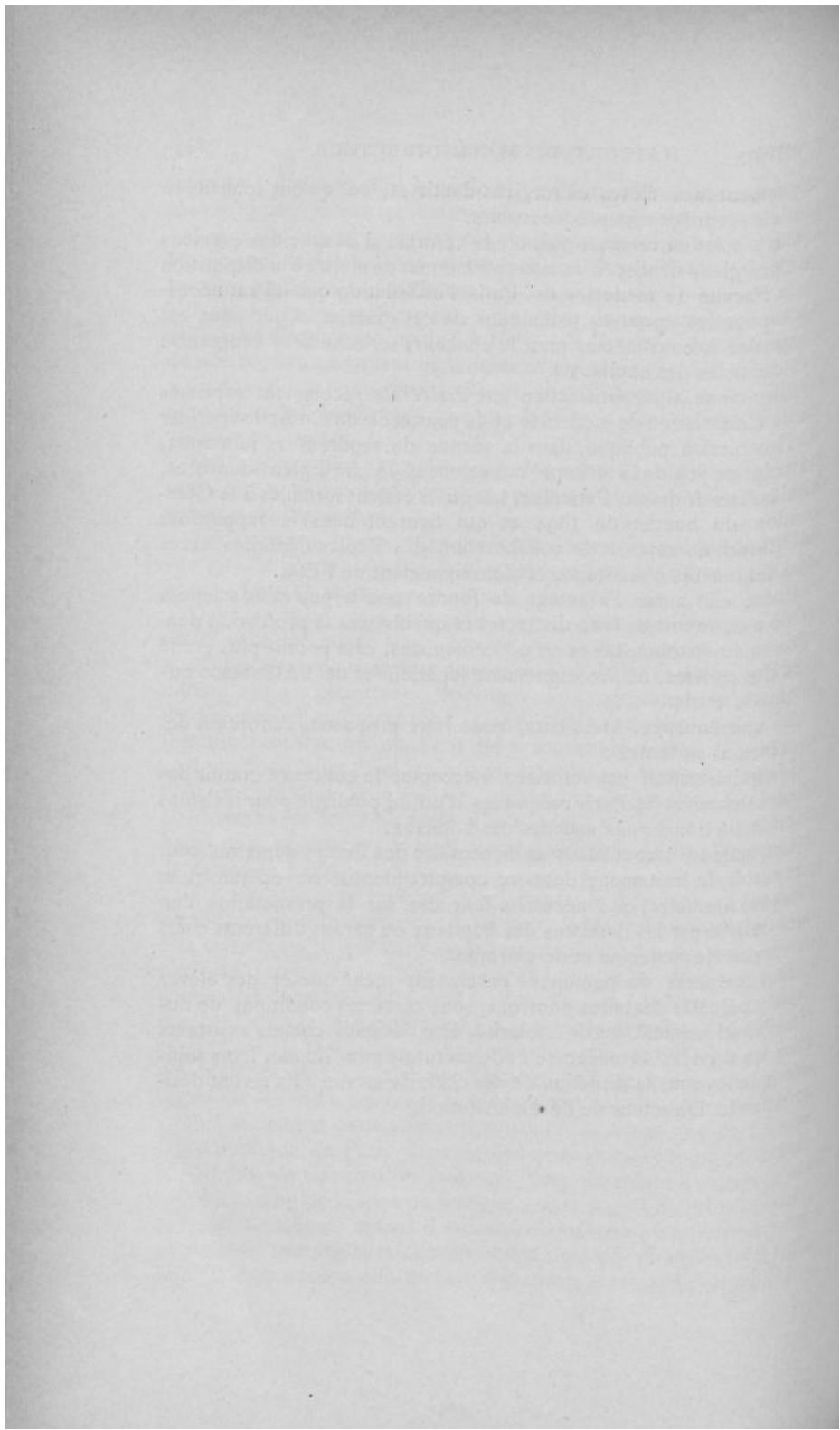
Enfin, elle aurait l'avantage de fondre peu à peu deux sciences qu'on a eu le tort de faire distinctes et qui divisent la profession dentaire en stomatologistes et en odontologistes, cela pour le plus grand bien des pauvres, de l'enseignement supérieur et de l'Assistance publique de Paris.

En conséquence, Messieurs, nous vous proposons l'adoption des conclusions suivantes :

L'administration est autorisée à accepter le concours gratuit des Ecoles dentaires de Paris reconnues d'utilité publique pour les soins dentaires à donner aux malades des hôpitaux.

Les malades seront admis au dispensaire des Ecoles dentaires pour y recevoir le traitement dentaire complet (dentisterie opératoire et prothèse dentaire) que nécessite leur cas, sur la présentation d'un bon délivré par les dentistes des hôpitaux ou par les différents chefs de service de médecine et de chirurgie.

Des membres du personnel enseignant technique et des élèves desdites Ecoles dentaires pourront, sous certaines conditions de durée d'enseignement ou de scolarité, être désignés comme assistants dans les services de médecine et de chirurgie pour donner leurs soins aux malades sous la direction de ces chefs de service. Ils seront désignés par le Directeur de l'Administration.



Travaux Originaux

LES ÉCOLES ET LA LÉGISLATION DENTAIRES AUX ÉTATS-UNIS.

Par le Dr MAURICE ROY,
Professeur à l'École dentaire de Paris, Dentiste des Hôpitaux.

2^e article (*fin*).

Nous allons maintenant reprendre chacun des points spéciaux (jury, conditions d'admission aux examens, etc.) pour faire ressortir les considérations d'ensemble qui résultent des données figurant dans les tableaux publiés au dernier numéro. Nous étudierons ensuite les conditions d'exercice illégal déterminées par les différentes lois, la révocation des licences et enfin nous signalerons quelques particularités curieuses que nous avons relevées dans différentes législations.

Licence. — Dans chaque Etat il faut, pour exercer l'art dentaire, posséder une licence délivrée après examen par un jury d'Etat, le *Board of dental examiners*.

Cette licence est absolument indépendante du diplôme délivré par les écoles dentaires. Bien que, dans certains Etats, ce dernier diplôme dispense de l'examen du *Board of examiners*, il ne peut dispenser de l'obtention de la licence qui est indispensable pour l'*enregistrement* sur le *dental record* de toute personne désirant exercer l'art dentaire. Tout praticien, même diplômé d'une école, qui exerce l'art dentaire sans être licencié et enregistré exerce illégalement.

Jury d'Etat. — Le jury d'Etat, *Board of dental examiners*, est généralement composé de cinq membres, qui sont tous dentistes. Les îles Hawaï, récente annexion des Etats-Unis, ont seules un médecin dans le jury d'Etat, disposition qui ne se rencontre dans la législation d'aucun autre des 52 Etats de l'Union.

Dans vingt-neuf Etats, la nomination des membres du jury est laissée au soin du gouverneur de l'Etat, qui doit les choisir parmi les praticiens dudit Etat ayant de cinq à dix ans de pratique. Mais, dans onze autres Etats les membres de ce jury ne sont nommés par le gouverneur que sur la recommandation de l'*Association des dentistes de l'Etat*, société formée de tous les dentistes exerçant dans l'Etat sans aucune exception¹.

Dans un Etat, celui de Nebraska, le jury est nommé par le *State*

1. C'est le mode de nomination adopté par les Etats de Georgia, Louisiane, Maryland, Minnesota, Nebraska, Nevada, New-Jersey, New-York, Oregon, South-Dakota, Virginia.

Board of health, (service de la santé publique), sur la recommandation de la société dentaire de l'Etat. Dans un autre, New-York, il est nommé par l'Université de l'Etat de New-York sur la recommandation de la société dentaire de l'Etat.

Dans l'Indiana, un membre du jury est nommé par le gouverneur, un membre par le service de santé publique (*state board of health*), et les trois autres membres sont nommés par l'association dentaire d'Etat, ces cinq membres naturellement tous dentistes.

Cinq Etats se sont montrés encore plus larges quant à la part faite aux dentistes dans la nomination de ce jury, qui est nommé directement par la société dentaire de chacun de ces Etats. Ce sont l'Alabama, le Kentucky, le North Carolina, le South Carolina et le Pennsylvania.

Dans ce dernier Etat, la législation dentaire tout entière est appliquée par un *dental council* formé par le superintendant de l'instruction publique, le président du service de santé et de statistique et le président en exercice de la *Pennsylvania dental society*.

Dans l'Etat de New-York la loi est appliquée sous la direction de l'Université de New-York par l'entremise du *State Board of dental Examiners* nommé, comme nous l'avons dit, sur la recommandation de la société dentaire d'Etat.

Il résulte en somme de ces chiffres que, dans dix-neuf Etats, les membres du jury pour l'examen de la licence donnant droit à l'exercice légal de l'art dentaire sont nommés soit directement, soit indirectement par une société professionnelle formée par tous les dentistes exerçant dans l'Etat.

En dehors des conditions que nous venons d'indiquer, un certain nombre d'Etats prescrivent, par une réserve facile à comprendre, que les membres du corps enseignant d'une école dentaire et les dentistes ayant un lien pécuniaire quelconque avec une de ces écoles ne peuvent faire partie du *State Board of dental Examiners*.

Les membres du jury d'examens peuvent être révoqués de leurs fonctions pour négligence, incompétence, immoralité, abus de pouvoir ou toute autre cause légitime, par le gouverneur (Indiana, Mississippi), ou sur la demande de la société dentaire d'Etat (Pennsylvania, New-York, etc.).

Les jurys d'examens (*Boards of Examiners*) tiennent des sessions régulières d'examen généralement deux fois par an ; mais, dans l'intervalle des sessions, le président ou plusieurs membres du jury peuvent accorder une licence temporaire (*temporary certificate*) aux candidats présentant des garanties de capacité suffisantes. Cette licence temporaire donne à celui qui l'obtient le droit d'exercer jusqu'à la prochaine session d'examen à laquelle il est tenu de se présenter pour obtenir son admission définitive à la licence. Cette disposition relative à la délivrance des licences temporaires se

rencontre dans toutes les lois avec de très légères variantes.

Conditions d'admission aux examens de la licence. — Les conditions requises pour être admis à se présenter aux examens de la licence et le programme de cet examen sont extrêmement différents suivant les Etats. Ces conditions d'admission et le programme d'examen sont déterminés soit par la loi, soit par le *Board of dental Examiners*, soit par l'un et l'autre.

Certaines lois prescrivent minutieusement les formalités d'examen, les épreuves à subir, les matières sur lesquelles doivent porter ces épreuves théoriques et pratiques; d'autres laissent ce soin au *State Board of dental Examiners* qui établit lui-même ces règlements ou les complète, s'il le juge à propos, par des dispositions particulières.

Nombre de *State Boards of Examiners* se bornent à adopter les formalités prescrites par la *National Association of Dental Examiners* (N. A. D. E.); d'autres renforcent encore ces prescriptions par quelques dispositions spéciales; quelques-uns enfin, de beaucoup les moins nombreux, s'en tiennent purement et simplement au texte de la loi.

Quoi qu'il en soit de l'origine du règlement des examens, que celui-ci soit déterminé par la loi, par le *Board of dental Examiners* ou par l'un et l'autre, l'ensemble des conditions prescrites constitue, dans chaque Etat, les conditions légales d'examen telles qu'elles sont indiquées dans le tableau annexé à ce travail.

Il résulte de l'ensemble de ce tableau que :

Dans vingt trois Etats¹ le diplôme d'une école quelconque ne confère pas le droit à la licence; tous les candidats doivent subir l'examen relatif à celle-ci sans aucune dispense.

Dix de ces Etats ne prescrivent aucune condition particulière d'admission préalable aux examens de la licence; tout candidat peut se présenter aux examens et s'il les subit avec succès il est licencié. Mais dans les treize autres il faut pour être admis à se présenter à l'examen remplir des conditions d'admission plus ou moins rigoureuses :

Dans un (Virginia) on exige seulement des candidats une bonne instruction académique.

Dans les douze autres on exige le diplôme d'une école réputée c'est-à-dire admise par la N. A. D. E. ou la N. A. D. F.

Dans cinq de ces Etats (Colorado, Delaware, Florida, Georgia et Pennsylvania), ce diplôme est seul exigé comme condition d'admission aux examens et ne peut être remplacé par aucun autre diplôme ou certificat. Mais dans quatre autres Etats le diplôme d'une école réputée peut être remplacé par un certificat constatant que le candidat

^{1.} Alabama, Colorado, Connecticut, Delaware, Florida, Georgia, Idaho, Maine, Massachusetts, Minnesota, Mississippi, New-Hampshire, New-Jersey, New-York, North Carolina, Oregon, Pennsylvania, Rhode Island, South Carolina, Vermont, Virginia, Washington, West Virginia.

a consacré un certain temps à la pratique sous un praticien enregistré, 3 ans (Connecticut, Idaho), dix ans (Washington), ou par une recommandation écrite de cinq dentistes ayant au moins cinq ans de pratique (New-Jersey).

Dans l'Idaho, les licenciés d'un autre Etat de l'Union sont admis à l'examen de la licence.

Deux Etats (Minnesota, Oregon) admettent à l'examen, en dehors des diplômés d'une école réputée, les praticiens exerçant antérieurement à la promulgation de la loi.

L'Etat de New-York prescrit les conditions d'admissions les plus rigoureuses : le candidat doit avoir 21 ans, avoir fait quatre ans d'études secondaires (*high school*), avoir un certificat de moralité délivré par deux praticiens enregistrés, posséder le diplôme d'une école reconnue par le *Board of Examiners* ou un diplôme médical avec une année d'études dans une école dentaire. Le *Board of Examiners* admet aussi à l'examen les diplômés des pays étrangers ayant droit d'exercice dans leur pays d'origine¹.

Dans vingt-cinq Etats² les diplômés d'une école réputée, reconnue par la N.A.D.E. ou la N.A.D.F.³ sont dispensés de l'examen de la licence ; il en est de même pour les licenciés d'un autre Etat de l'Union. Ces diplômés ou licenciés sont tenus néanmoins d'acquérir la licence de l'Etat dans lequel ils veulent exercer, mais celle-ci leur est délivrée sans examen par le *Board of dental Examiners* sur le vu de leur diplôme ou de leur licence dûment certifiés et légalisés.

Pour les candidats à la licence ne rentrant pas dans ces conditions et devant par conséquent subir l'examen, la plupart de ces Etats prescrivent seulement les conditions d'examen, mais n'exigent aucune condition particulière d'admission des candidats. Cinq Etats cependant (Iowa, Missouri, Montana, North-Dakota, Utah) exigent des candidats, pour se présenter à la licence, trois ans d'études avec un praticien. Dans l'Arkansas, le jury ne tient pas de session d'examen, il ne délivre de licence qu'aux diplômés des écoles reconnues par la N.A.D.E.

Dans un Etat, le Wyoming, l'Administration endosse les diplômes des écoles reconnues par la N.A.D.E.

Deux Etats, enfin, l'Alaska et le Territoire Indien, n'ont pas de loi. En dehors des conditions que nous venons d'indiquer, la plupart

1. Dans le Kentucky ces diplômes peuvent être admis à l'équivalence.

2. Arizona, California, District of Columbia, Hawaï, Illinois, Indiana, Iowa, Kansas, Kentucky, Louisiana, Maryland, Michigan, Missouri, Montana, Nebraska, Nevada, New-Mexico, North-Dakota, Ohio, Oklahoma, South-Dakota, Tennessee, Texas, Utah, Wisconsin.

3. Dans le Michigan, le diplôme de cinq écoles désignées par le *Board of Examiners* dispense seul de l'examen.

des règlements exigent des conditions d'âge minimum, 21 ans, et un certificat de moralité.

Examens. — Les examens dans tous les Etats sont théoriques et pratiques. Les matières de l'examen, dans la plupart des Etats, sont celles du programme des écoles dentaires (voir page 266). L'examen pratique porte sur la dentisterie opératoire et la prothèse, l'examen théorique est oral ou, très souvent, écrit. Dans le Connecticut les diplômés d'une école reconnue sont dispensés de l'examen théorique.

Dans un certain nombre d'Etats, les candidats, pour être admis à la licence, doivent obtenir, pour l'ensemble des matières de l'examen, une moyenne de points égale à 75 % (Montana, New-York, Pennsylvania, Tennessee, Virginia, Wisconsin). Dans le Colorado et le New-Jersey cette moyenne est abaissée à 70 %. Par contre, dans l'Iowa elle est élevée à 75 % pour la théorie et 80 % pour la pratique ; elle est de 80 % pour toutes les épreuves dans le North-Carolina et le North-Dakota et de 85 % dans le Texas. Dans le Wisconsin la moyenne de 75 % est abaissée à 50 % pour les candidats ayant dix ans de pratique ; dans le New-Jersey les candidats n'ayant pas obtenu le tiers du total des points ne sont pas admis à se représenter à aucune autre session d'examen.

L'exercice illégal de l'art dentaire. — L'exercice de l'art dentaire étant réglementé dans tous les Etats (Alaska et Territoire Indien exceptés), les différentes lois dentaires ont, par conséquent, prévu le délit d'exercice illégal de l'art dentaire et les pénalités qu'il comporte.

Afin de bien préciser l'esprit dans lequel elles étaient conçues, un certain nombre de ces lois ont jugé utile de définir l'art dentaire, citons à titre d'exemple la définition donnée par la loi du Maryland : « Est considérée comme pratiquant l'art dentaire suivant l'esprit de cette loi, toute personne qui, pour des honoraires, un salaire ou une autre redevance payée soit à elle-même, soit à une autre personne, exécute dans la bouche des opérations ou parties d'opérations de toute sorte, traite les maladies ou les lésions des dents humaines ou des mâchoires, ou corrige les anomalies de celles-ci » (Maryland, § 9).

Exerce donc illégalement l'art dentaire toute personne pratiquant non licenciée dans l'Etat ou dont la licence n'est pas enregistrée dans le *Dental Record* qui pratique l'art dentaire ainsi défini.

Un point très intéressant à faire ressortir immédiatement, c'est que, dans la plupart des Etats de l'Union, l'exercice de l'art dentaire est formellement interdit aux médecins et aux chirurgiens, l'extraction des dents leur est seule permise ; elle est du reste autorisée pour tout le monde dans la plupart des Etats, la loi de West Virginia ajoute même avec ou sans rémunération, il en est de même pour l'application de remèdes domestiques dans le but de calmer le mal de dents (N. Dakota). Toutefois, en raison de la connexité du domaine médico-chirurgical

et du domaine dentaire, un grand nombre de lois comportent cette réserve qu'elles n'entendent pas porter atteinte aux droits des médecins et chirurgiens dans l'exercice régulier de leurs devoirs.

La plupart des lois stipulent également des dispositions spéciales concernant les étudiants en cours régulier d'études soit dans une école, soit avec un praticien. Ces étudiants ne tombent pas sous le coup de l'exercice illégal de l'art dentaire : « Rien dans cette loi, dit la loi de Missouri, ne peut s'appliquer ; aux actes *bona fide* des étudiants en dentisterie pour acquérir l'instruction clinique soit dans le cours régulier de leurs études dans un collège dentaire réputé, soit sous la direction directe d'un précepteur licencié dentiste de cet Etat ; ou aux médecins dans l'exercice régulier de leurs devoirs. »

Ces dispositions, avec quelques variantes, se trouvent répétées dans la plupart des lois. Certaines (New-Jersey, New-York) stipulent que l'exercice illégal n'atteint pas la fabrication des appareils prothétiques dans un laboratoire.

En ce qui concerne l'exception d'exercice illégal des étudiants dentistes, quelques lois font une réserve intéressante, telle la loi de Nebraska ainsi conçue quant à l'exercice illégal : « Est regardée comme exerçant l'art dentaire dans l'esprit de cette loi, toute personne qui enseignera ou pratiquera quelque opération habituellement considérée comme concernant la pratique de la dentisterie ; pourvu que rien dans cette loi ne puisse être interprété comme étant de nature à empêcher les médecins et chirurgiens d'extraire les dents et pourvu que les étudiants en dentisterie *bona fide* aient la permission de pratiquer des opérations sous la surveillance immédiate de leur professeur. Si, pour de telles opérations un droit ou un dédommagement quelconque était perçu, directement ou indirectement, ces personnes ne seront plus considérées comme des étudiants et elles devront se conformer à toutes les prescriptions de cette loi. (Nebraska, 1897, § 3717.)

Quand on sait que la plupart des écoles dentaires américaines tirent une partie de leurs ressources de la rémunération des malades fréquentant leurs cliniques, on est en droit de se demander comment, elles peuvent s'accommoder avec ce paragraphe si nettement restrictif, dans les quelques Etats où il figure dans la loi. Il est vrai que, dans la Pennsylvania, par exemple, la loi qui contient une disposition analogue se contente de dire : « Pourvu qu'aucun droit, salaire ou autre redevance ne soit reçu pour de telles opérations directement ou indirectement dans une circonstance quelconque *par un étudiant en dentisterie*. » Ce dernier membre de phrase doit permettre tous les accommodements nécessaires au fonctionnement financier des écoles américaines.

On trouve aussi dans certaines lois l'interdiction d'exercer sous un faux nom (Minnesota). Nous citerons, à titre d'exemple de la légis-

lation concernant l'exercice illégal de l'art dentaire, le texte complet relatif à cette question figurant dans la loi de deux des Etats les plus importants des Etats-Unis, Pennsylvania et New-York ; la loi dentaire de ce dernier Etat est une des plus complètes sous tous les rapports.

La loi de Pennsylvania, après avoir énuméré les diverses dispositions concernant l'application de la loi, se termine ainsi :

§ 14. Rien dans cette loi ne sera interprété comme étant capable d'interdire aux médecins et aux chirurgiens, dans l'exercice régulier de leur profession, le droit d'extraire les dents pour le soulagement de la douleur ou de faire des pansements dans le même but; ni d'entraver l'instruction opératoire des étudiants en dentisterie, *bona fide*, dans le cours régulier de leurs études, sur des patients dans les cliniques ou sous la surveillance immédiate et en présence de leur professeur qui doit être un praticien légalement autorisé, à condition toutefois qu'aucun honoraire, salaire ou autre redevance, ne soit reçu pour ces opérations, soit directement, soit indirectement, dans aucune circonstance par un étudiant en dentisterie. Enfin, rien dans cette loi n'empêchera la pratique de la dentisterie à toute personne qui aura été dûment enregistrée conformément à la loi en vigueur antérieurement à la promulgation de cette loi et cet enregistrement suffira à lui permettre l'exercice de la dentisterie dans toutes le parties de cet Etat. »

La loi de l'Etat de New-York dit dans son article 163 :

« Cet article ne sera pas interprété comme étant de nature à empêcher une personne non licenciée de fabriquer simplement des ouvrages mécaniques sur une matière inerte dans un cabinet ou un laboratoire dentaire ; ou d'empêcher l'étudiant d'un licencié d'assister son professeur dans les opérations dentaires en présence et sous la surveillance directe de son professeur; ni d'empêcher un médecin dûment licencié de traiter les maladies de la bouche ou de pratiquer des opérations de chirurgie buccale. Mais rien dans les dispositions de cet article ne pourra être considéré comme pouvant permettre la pratique des opérations dentaires par une personne non licenciée sous le couvert du nom d'un praticien enregistré. »

Le délit d'exercice illégal est puni de peines variables suivant les Etats. Dans tous des amendes sont prévues variant de 20 à 500 dollars par délit. Dans certains Etats cette pénalité est seule prévue, mais dans la plupart on prévoit, en outre, la possibilité d'un emprisonnement variant de quelques jours à six mois suivant les régions.

Des pénalités sont également prescrites contre l'usurpation de diplôme et le défaut d'enregistrement. Il y a lieu de signaler, la disposition figurant dans un grand nombre de lois prescrivant que le produit des amendes pour manquement à la loi dentaire sera versé à la caisse commune des écoles du Comté dans lequel le délit aura été

commis ou encore en partie à une société professionnelle (Louisiane)¹.

Il en est parfois décidé de même (Georgia) pour l'excédent de recettes que réalise le *Board of examiners*. Ces recettes sont constituées par les droits d'examen et d'enregistrement des licences dont il faut déduire les dépenses résultant des indemnités aux membres du juries, frais d'examen, de bureau, etc.

Révocation de la licence. — Une disposition importante à signaler et assez particulière se rencontre dans la législation dentaire d'un certain nombre d'Etats², c'est celle qui a trait à la révocation de la licence. La loi de ces Etats donne en effet aux juries d'examen le droit de refuser la licence, même si elle possède les conditions de capacité ou de diplôme requises pour l'obtenir, à toute personne non honorable. Le *Board of examiners* possède également le droit de retirer la licence à toute personne licenciée se trouvant dans le même cas.

« Le dit jury (*Board of examiners*), dit la loi de Nebraska, peut refuser le certificat (*licence*) à toute personne coupable d'actes malhonnêtes ou déshonorants (*dishonest and dishonorable conduct*), et retirer un certificat (*licence*) pour les mêmes causes, pourvu qu'on ait toujours donné à ces personnes la possibilité de présenter leur défense. »

Tout en étant conçues dans le même esprit certaines lois sont plus explicites quant aux causes de révocation de la licence. C'est ainsi que la loi de Georgia dit dans son paragraphe 7 :

« Si un dentiste se rend coupable de cruauté, incapacité, maladresse, grosse négligence, conduite indécente à l'égard de ses patients ou de tout autre manquement à la dignité professionnelle (*or any such professional misbehaviour*); s'il fait preuve d'incapacité à pratiquer l'art dentaire (*or show unfitness upon the part of the dentist to practise*), il sera coupable d'un délit, et s'il en est reconnu coupable par un tribunal de cet Etat compétent pour juger ces délits, il sera puni, ainsi que le prescrit le paragraphe 1039 du code de 1895, et sa licence à pratiquer l'art dentaire sera révoquée par le *Board*. »

La législation de l'Indiana indique ainsi les causes de révocation de la licence : « Le jury peut refuser d'accorder la licence à toute personne coupable de felonie (*felony*) ou de grande immoralité (*gross immorality*) ou adonnée à l'alcool ou aux drogues (*addicted to the liquor or drug habit*) à un degré capable de le rendre inapte à pratiquer l'art dentaire, ou à toute personne reconnue par le *board* atteinte de troubles mentaux. »

La législation prévoit d'ordinaire la procédure à suivre pour pro-

1. La moitié des amendes encaissées sera attribuée à la société dentaire d'Etat de la Louisiane (*Louisiana state dental society*) et l'autre moitié à la caisse d'éducation (*Educational fund*) de la paroisse dans laquelle le délit a été commis.

2. Connecticut, Georgia, Indiana, Minnesota, Nebraska, New-Jersey, New-Mexico, New-York, Pennsylvania, Rhode Island.

noncer la révocation d'une licence et cette procédure se trouve très minutieusement décrite par la loi de New-York : le praticien accusé sous la foi du serment devant le *Board of examiners* est informé d'avoir à se présenter devant le *Board*, avec son conseil s'il le désire, pour répondre aux charges invoquées contre lui, dont il lui est fourni copie. S'il est reconnu coupable, les régents de l'Université peuvent suspendre la licence pour un temps limité ou pour toujours. La licence est notée comme annulée sur le registre des régents et, sur le vu du certificat d'annulation, sur le *Dental record*. Toute personne dont la licence a été annulée qui pratique l'art dentaire dans cet Etat encourt les pénalités édictées contre les personnes non licenciées, à moins que l'arrêt de révocation n'ait été cassé sur appel et l'accusé acquitté ou mis hors de cause ultérieurement.

La législation du Minnesota révoque la licence de toute personne exerçant sous un faux nom dans le but d'abuser le public.

Dispositions diverses. — Il ne nous reste plus pour terminer ce travail qu'à signaler quelques dispositions curieuses que nous avons trouvées dans quelques législations sans qu'elles présentent un caractère de généralisation qui nous permette de les ranger dans une catégorie spéciale. C'est ainsi que, dans quelques législations on trouve des dispositions visant les associations ou compagnies de personnes exerçant l'art dentaire.

La loi de New-Jersey est très explicite à cet égard et nous ne saurions mieux faire que de citer intégralement le texte y relatif :

« Si une association ou compagnie de personnes déclarée (*incorporated*) ou non pratique l'art dentaire sous le nom de compagnie ou association, ou sous quelque autre titre que ce soit, la dite compagnie ou association devra exposer et garder dans un endroit visible à l'entrée de sa maison de commerce le nom de chacune des personnes employées par la dite compagnie ou association, dans l'exercice de l'art dentaire. Toute personne employée par une telle compagnie ou association dont le nom ne figurerait pas, ainsi qu'il est prescrit, serait considérée comme coupable d'un délit et punie comme il est prévu ci-après, de même que la dite compagnie ou association, si elle est déclarée (*incorporated*) ou la personne responsable si cette compagnie ou association n'est pas déclarée (*not incorporated*). » (New-Jersey, 1898, § 9.)

Une telle disposition pourrait, semble-t-il, être appliquée avec avantage aux nombreuses compagnies ou associations dentaires dont les réclames s'étalent sur les murs de nos cités.

Dans l'Ohio : « Toute personne licenciée et enregistrée comme dentiste, avant de s'engager dans la pratique de la dentisterie dans cet Etat et pendant tout le temps où elle exercera la dentisterie dans ce même Etat, doit placer et conserver sa licence et le certificat d'en-

registrement de celle-ci dans un endroit visible de son cabinet de façon à ce qu'il soit aisément vu et lu. »

La loi de la South-Carolina porte que : « Tout dentiste dans cet Etat devra tenir un registre de tous les cas traités dans sa pratique, registre qui devra être conforme au modèle désigné par la *South-Carolina State dental association* et dont il devra fournir une copie à ses patients, si ceux-ci le désirent. »

Enfin la loi dentaire de Georgia exempte les dentistes pratiquants de l'obligation de faire partie du jury, en justice ; elle stipule toutefois que cette exemption ne disqualifie pas pour ces fonctions les dentistes qui désireraient les remplir.

* *

Nous venons ainsi de passer en revue, d'après les documents et les textes officiels complets, la législation dentaire des différents Etats de la grande République américaine. On a pu voir, ainsi que nous le disions au début, combien il était intéressant de connaître les lois de ce pays où les dentistes occupent incontestablement la situation la plus prépondérante en raison de leur nombre (32.000 environ d'après les derniers calculs) et de l'autonomie de leur profession très nettement séparée de la médecine. On a pu voir l'influence des dentistes dans l'organisation de leur profession, influence caractérisée par ce fait, si curieux à signaler, que l'application de la loi est, dans certains Etats, laissée en tout ou en partie à la société dentaire de l'Etat, c'est-à-dire à une société formée par tous les dentistes de l'Etat sans distinction. Quant à l'autonomie, elle est caractérisée par ce fait très net que, dans tous les Etats sans exception¹, le jury d'examen à la licence donnant le droit d'exercice légal est formé uniquement de dentistes, à l'exclusion de tout médecin, et que, en dehors de l'extraction des dents, que les médecins, ainsi que tous les citoyens du reste, peuvent généralement pratiquer, l'exercice de l'art dentaire est exclusivement réservé aux dentistes, licenciés par un jury de dentistes.

Il y a, dans ces diverses législations, nombre de dispositions dont l'application à la législation de notre pays pourrait être utilement poursuivie par les sociétés professionnelles soucieuses d'assurer à la profession dentaire une législation et une organisation plus parfaite et plus autonome que dans l'état actuel des choses : c'est le but qui nous a inspiré dans ce travail.

1. La législation des îles Hawaï faisait exception en 1900, mais ce fait s'explique par une organisation transitoire résultant de l'annexion récente de ces îles aux Etats-Unis ; il en était de même aux Philippines et à Porto-Rico où la législation dentaire à cette époque était en transformation, ces îles étant encore transitoirement sous le régime de la législation espagnole.



Travaux de l'Étranger.

LA MOLAIRE PRINCIPALE CHEZ L'HOMME, SES RELATIONS AVEC LES AUTRES DENTS

Par le Dr E. A. BOGUE, de New-York.

(1^{er} article.)

Par principale molaire j'entends la première molaire permanente, souvent appelée molaire de 6 ans.

Je l'appelle principale molaire par égard pour les anatomistes fameux d'il y a plus de cent ans, Blainville par exemple, souvent cité par Owen ; de plus, je trouve ce nom si approprié en raison de découvertes plus nouvelles que je pense que nous ferions bien de l'adopter tous.

Elle se forme peu après la naissance, trois ou quatre mois après que les dents temporaires sont toutes en position et toutes en fonctions ; cette molaire principale commence à se montrer dans la gencive, généralement vers l'âge de 6 ans. Comme chacun le sait, elle fait son éruption peu après la dernière molaire temporaire.

Quand ces molaires principales sont presque sorties, une empreinte de toutes les dents indiquera, presque avec une certitude absolue, s'il y aura une irrégularité sérieuse parmi les dents permanentes. Cela peut paraître étrange et peut être incompréhensible à ceux qui ont négligé ou peu étudié la question des dislocations dentaires, mais je pense démontrer à l'entière satisfaction des lecteurs la vérité de mon affirmation.

Je ne me propose pas de leur dire des choses nouvelles, mais bien de rappeler à leur souvenir des vieilles choses qu'ils savent aussi bien que moi.

Tout d'abord cette molaire principale ou première molaire permanente a dans le maxillaire inférieur cinq pointes, quoique la cinquième ne soit quelquefois qu'à l'état rudimentaire. Ces pointes ont une grande importance pour les dents dès le début. Elles aident à conduire les dents supérieures et inférieures dans leurs positions convenables l'une par rapport à l'autre et, quand ces positions ont été obtenues, elles aident à les y maintenir. Si par hasard les dents ont pris des positions impropre, et si les pointes des dents supérieures et inférieures se sont engagées l'une dans l'autre improprement, elles

aident à maintenir les dents dans leur position impropre tout aussi complètement.

Quand ces quatre molaires principales font leur éruption, les inférieures étant un peu en avance sur les supérieures quant au temps, elles devraient avoir une pointe en avance des supérieures quant à la position, c'est-à-dire que les molaires supérieures devraient se placer

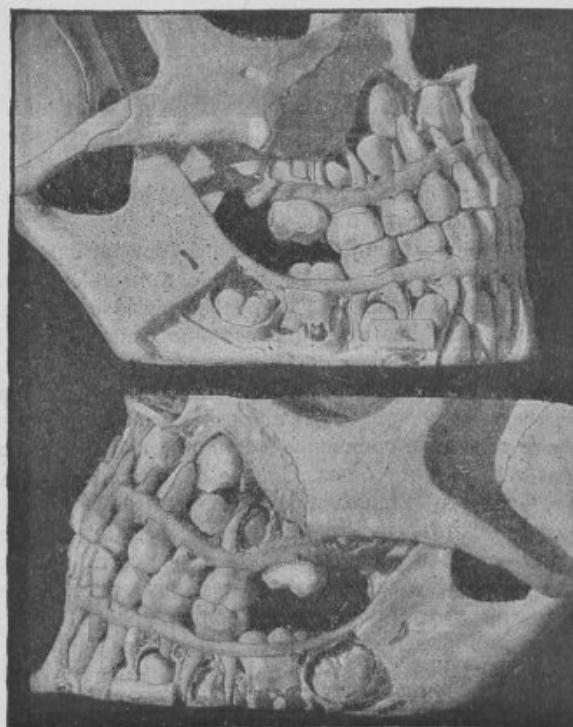


Fig. 1.

à cheval sur les pointes extérieures ou buccales des molaires inférieures, mais juste derrière les pointes antérieures.

Nous savons tous qu'il faut juste assez d'espace entre les molaires principales et les cuspides pour deux bicuspides. Si par conséquent l'occlusion convenable de ces molaires principales fait défaut, il y aura nécessairement une irrégularité d'une espèce quelconque. Si la molaire supérieure est en avance sur l'inférieure, il n'y aura pas assez de place entre cette molaire et la cuspide pour les deux bicuspides, et

nous aurons ou une irrégularité de la cuspide ou d'une ou de deux des cuspides.

Si, d'autre part, la molaire inférieure est trop en avance sur la supérieure, l'irrégularité sera plus manifeste parmi les dents inférieures.

Je désire maintenant appeler votre attention sur un dessin du Dr Thompson, que vous trouverez dans le livre *American Dentistry*, de Kirk.

Vous remarquerez que la molaire principale est presque exactement au milieu de l'arcade d'avant en arrière ; que cette molaire, la deuxième et la dent de sagesse sont toutes les trois des premières dents, quoiqu'elles soient aussi permanentes, qu'elles viennent toutes dans le rang des dents postérieures de la série temporaire et que les additions au crâne, aux maxillaires et aux alvéoles de ces maxillaires nécessaires pour loger ces dents, que toutes se placent entre le moment de l'éruption de la première molaire ou principale et l'éruption de la troisième molaire ou dent de sagesse.

Ainsi nous voyons que la croissance nécessaire pour compléter la série, croissance qui vient avec les années et de laquelle dépend dans une si large mesure le caractère de la face mûre, dépend considérablement de la présence de ces trois molaires pour ce développement. Si nous revenons à la partie latérale de l'arcade, nous trouvons de nouveau trois dents, deux bicuspides et la cuspide. Celles-ci complètent la ligne et la courbe d'avant en arrière. En avant de la cuspide se trouvent deux incisives, qui complètent les arcades dentaires.

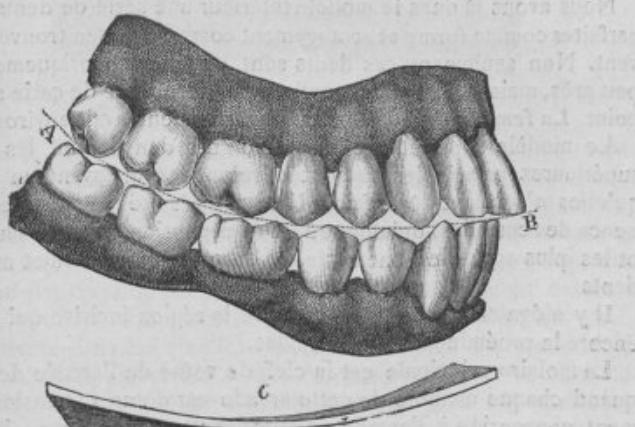


Fig. 2.

Presque toute la croissance qui s'est produite dans les deux mâchoires depuis l'éruption de la molaire vers 6 ans a eu lieu postérieurement.

rement à cette molaire et au-dessus. Cette croissance a eu lieu dans l'intérieur du crâne et laisse la face antérieure de cette molaire au milieu des arcades dentaires.

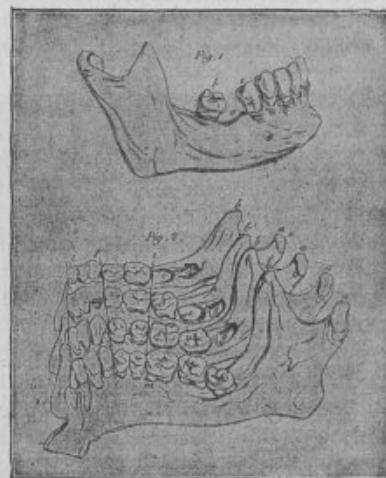


Fig. 3.

Nous avons là dans le modèle inférieur une série de dents presque parfaites comme forme et arrangement comme nous en trouverons souvent. Non seulement ces dents sont parfaites théoriquement, ou à peu près, mais je n'ai pu découvrir la moindre trace de carie sur aucun point. La femme à laquelle elles appartenaient avait environ 30 ans.

Le modèle supérieur représente un cas dans lequel les molaires supérieures principales se sont développées en avant un peu plus qu'elles n'auraient dû le faire. Il en est résulté une légère proéminence des cuspides, qui donne à une des physionomies les plus douces et les plus agréables une sorte de dureté quand le sujet montre les dents.

Il y a également une dépression à la région incisive qui accentue encore la proéminence des cuspides.

La molaire principale est la clef de voûte de l'arcade dentaire, et quand chaque membre de cette arcade est d'une dimension exactement appropriée à l'arcade parfaite, toute variation dans la position de la clef de voûte cause une variation dans l'arcade entière.

Talbot dans ses *Irrégularités des dents*, 4^e édit., p. 63, dit : « Si les dents sont en antagonisme uniformément, l'arcade s'élargira tout autour également... Si les molaires sont fixées, le procès alvéolaire se

projettera en avant ». Donc « la position et la forme des procès et leur relation l'un par rapport à l'autre sont régiees entièrement par la forme et la dimension des dents et des racines, et non par la forme de l'os maxillaire propre ».

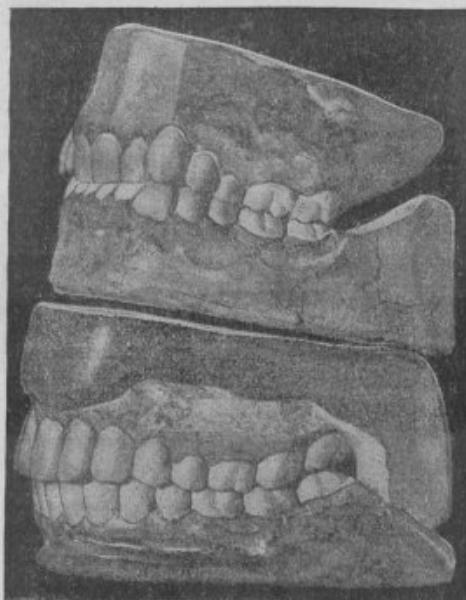


Fig. 4.

Quand la nature forme une denture, elle forme un maxillaire pour y correspondre, et si ce maxillaire vient à maturité et si les dents se développent et prennent leur propre position suivant les lignes de la nature sans accident ou sans immixtion impropre, on constatera que non seulement le maxillaire est assez large pour les dents, mais aussi que dans ces conditions ce qui facilite le développement naturel et convenable de ce maxillaire et le placement naturel et convenable de ces dents dans les arcades dentaires les plus parfaites, facilite aussi le développement des autres os de la face. Les os ethmoïde, sphénoïde et palatin se sont également développés convenablement et les sens de l'ouïe et de l'odorat et le pouvoir de mastication et d'articulation sont tous facilités par ce développement normal de l'arcade dentaire.

Pour amener les dents qui se développent dans leur position convenable, il est évident qu'il est nécessaire de savoir exactement ce

qu'est cette position convenable et naturelle. De là la nécessité d'é-

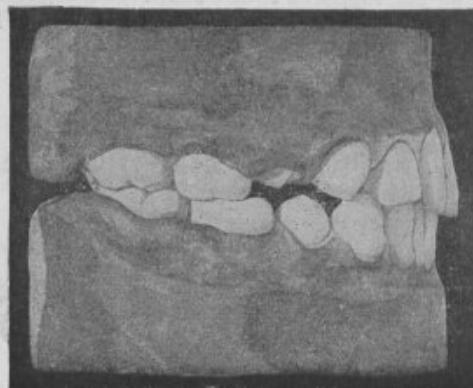


Fig. 5.

tudier soigneusement l'arrangement d'un grand nombre de séries de

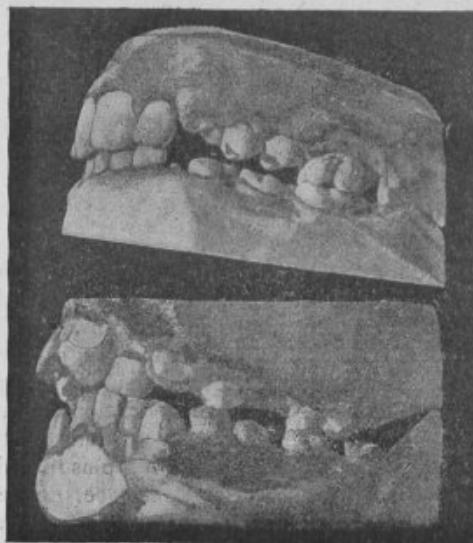


Fig. 6.

trente-deux dents naturelles. Il n'y a pas bien entendu de série de dents absolument parfaites et typiques, pas plus qu'aucune autre

partie du corps. Nous devons étudier ces séries complètes à partir d'une période suffisamment longue, lorsque les dents ont souffert l'usure de quarante ans et plus et la remonter à travers les diverses phases d'accident et de développement jusqu'au commencement lui-même. C'est de cette étude que dépendra notre habileté à guider et à conserver en bon état les dents de nos patients de l'enfance à la vieillesse. Si nous faisons quelque chose pour troubler la position naturelle idéale des dents, nous portons atteinte au processus naturel d'arrangement et de nettoyage. Si nous entravons ce dernier, nous avançons la carie, car une dent saine ne se carie jamais et quand nous permettons aux dents de s'écartier, en raison de ce que nous appelons

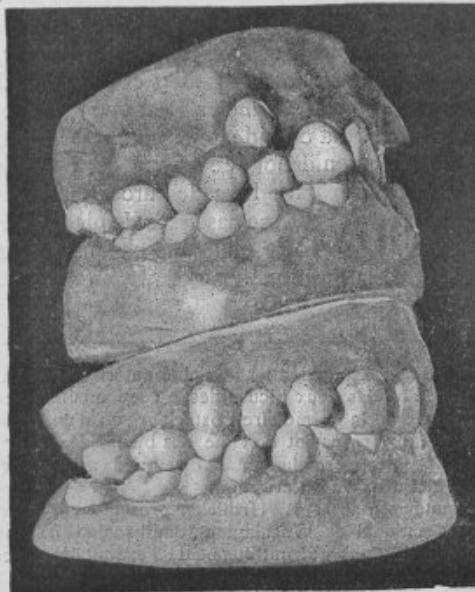


Fig. 7.

des circonstances accidentelles, qui surviennent pendant la formation et le développement des dents permanentes, nous contribuons à leur perte.

Voyons maintenant, grâce à certains exemples, des conditions qu'on rencontre fréquemment dans la pratique.

Ce modèle (fig. 5) présente les premières molaires permanentes du haut et du bas en occlusion parfaite et suppose assez de place en avant de ces dents pour que toutes les dents restantes fassent éruption avec une régularité parfaite.

Ces modèles (fig. 6) présentent à un degré marqué le rôle important des molaires principales, comme le modèle précédent, celui de soutenir les mâchoires pendant la chute des dents temporaires et leur remplacement par les dents permanentes.

Le modèle inférieur représente l'irrégularité produite par le manque de place, en raison d'une dislocation de la molaire supérieure. Songez à ce qui arriverait à ces mâchoires si les molaires principales étaient extraites à cet âge (vers 10 ans). Rappelez-vous qu'une amputation ou une extraction n'est pas une guérison pour une dislocation de membre, c'est un moyen d'éviter la difficulté et le remplacement d'une erreur de la nature par une de nos erreurs, au grand préjudice du patient.

Ces deux cas (fig. 7) présentent un état de la molaire supérieure principale qui n'est pas tout à fait exact et ferait croire *a priori* à une irrégularité des molaires et des bicuspides et peut-être des cuspides en raison de ce que la molaire principale est une pointe en avance de ce qu'elle devrait être. La cuspidé dans un cas et la bicuspidé dans l'autre ont fait éruption en dehors de leur place véritable et ne peuvent reprendre leur place dans l'arcade parce que la molaire supérieure est trop en avant et ne laisse pas assez de place aux autres dents permanentes en avant, de sorte que dans chaque cas une dent est poussée en dehors de sa position¹.

(A suivre.)

1. Il est probable que la position un peu plus antérieure de la molaire, tout comme celle de l'une ou des deux bicuspides, est secondaire et est l'effet d'une perte trop prématûre de la prémolaine postérieure ou d'un retard dans l'éruption de la canine ou plus rarement de l'une des bicuspides ; par conséquent il peut être préférable, en tout cas plus sûr de dire que la molaire principale a pris une position fausse et n'a pas fait éruption.

Je dois la présente note au Dr A. Hrdlicka, procureur d'anthropologie physique au Muséum national de Washington (Smithsonian Institut), ainsi qu'à un certain nombre d'indications qui ont augmenté l'exactitude de cette communication.

E. A. B.

REVUE DE L'ÉTRANGER

L'A B C DES COURONNES ET DES BRIDGES

Par FRED. A. PEESO, D. D. S., de Philadelphie.

Extrait et traduit du *Dental Cosmos*¹, par M. GODON (6^e article).

Quand, pour une raison ou pour une autre, il est nécessaire de dévitaliser la pulpe d'une dent, il y a plusieurs questions à considérer :

1^e Comment faut-il opérer pour que le patient souffre le moins possible ?

2^e Quelle est la méthode par laquelle on risque le moins d'irriter ou d'endommager les parties voisines ?

3^e De quelle façon le fera-t-on le plus vite et le plus facilement ?

Il y a plusieurs méthodes et plusieurs agents employés pour la dévitalisation de la pulpe, et presque tous peuvent être indiqués sous certaines conditions.

Parmi les agents le plus souvent employés dans ce but, l'arsenic tient facilement la tête de la liste. C'est aussi celui qui est le plus dangereux dans les mains d'un opérateur inexpérimenté ou négligent.

Il vaut mieux ne pas se servir d'arsenic quand on peut faire autrement, car on risque toujours d'occasionner des troubles locaux, tels que l'inflammation de la membrane péridentaire ou la nécrose. Il se peut que ces troubles ne se manifestent pas immédiatement, mais tôt ou tard ils peuvent apparaître sous une forme bénigne ou grave.

Si le pansement d'arsenic n'est pas parfaitement appliqué, surtout quand la cavité s'étend au-dessous du bord gingival, la nécrose peut résulter de ce que la préparation aura fusé et se sera trouvée en contact avec les tissus, ce qui peut devenir très sérieux.

Quelques personnes sont particulièrement sensibles à ce toxique et l'arsenic appliqué pendant quelques heures seulement serait suffisant pour dévitaliser complètement la pulpe, tandis que chez d'autres, on pourrait le laisser dans une dent pendant des jours ou même des semaines sans résultat apparent.

Dans le premier cas, si on le maintenait dans la dent pendant un

¹. *Dental Cosmos* de janvier 1903 à mai 1904. V. *L'Odontologie* des 30 novembre, 15, 30 décembre 1904, 30 janvier et 15 mars 1905.

long laps de temps, il y aurait des chances pour que son action ne se limitât pas à la pulpe, mais s'étendit par le foramen au delà de l'apex jusqu'aux tissus voisins, et son action serait particulièrement favorisée si le foramen était quelque peu élargi.

Le danger est plus grand quand on l'emploie pour une personne jeune, la racine n'ayant peut-être pas atteint son plein développement, auquel cas il serait préférable d'avoir recours à l'acide phénique ou à la créosote. De plus on cite des cas présentant des imperfections dans les parois des canaux de la racine. Un cas intéressant de ce genre se présente il y a plusieurs années à la clinique d'une des écoles dentaires.

La malade était une femme entre deux âges et la dent une première molaire gauche inférieure ayant sur le côté mésial une large cavité ; la pulpe se trouvait par là mise à nue. On plaça la digue en caoutchouc sur la dent, puis on la pansa avec de l'arsenic et de l'iodoforme à l'aide d'huile de girofle et on ferma le tout avec de la gutta-percha.

Le lendemain ou le surlendemain, on enleva le pansement, que l'on remplaça par un autre d'acide phénique et l'on ferma comme précédemment avec de la gutta-percha. On ne toucha pas à la dent pendant plusieurs jours *in situ* et quand la malade revint, la gencive avait blanchi et on constata sur le côté lingual des molaires et des bicuspides une escharre étendue.

On enleva un si gros morceau de procès mort que les racines des deux bicuspides et de la première et de la seconde molaire se trouvèrent en partie à nue. On constata que la racine distale présentait un trou aussi large que la tête d'une épingle du côté lingual, plus de $1/8$ de pouce au-dessous de la ligne de la gencive et du procès, par lesquels l'action de l'arsenic s'était étendue jusqu'à quatre dents et à une partie de la cinquième.

Il était impossible que cette ouverture eût été faite par un foret ou un autre instrument ; en effet, la partie distale de la couronne n'était pas entamée et la perforation se trouvait tellement au-dessous de la chambre pulinaire qu'on n'aurait pu l'atteindre que si l'entrée de la cavité avait été considérablement élargie vers le centre de la dent.

Même si elle avait été accessible par une cavité il aurait été nécessaire d'enfoncer le foret dans le corps de la pulpe et jusqu'à une certaine distance dans le canal, afin d'atteindre l'ouverture, ce qui naturellement aurait été impossible avec une pulpe vivante et saine.

Un cas de ce genre est très rare, fort heureusement, car il n'est pas possible de le prévoir ; et si on emploie l'arsenic dans ce cas, il n'y a pas moyen d'éviter des troubles qui peuvent causer de sérieux dommages au patient.

Dans presque tous les cas où l'on emploie l'arsenic, on pourrait employer aussi avantageusement, et quelquefois plus, un autre corps, sans risquer d'occasionner des troubles.

Quand on emploie l'arsenic, si on l'applique directement à la pulpe, il ne faut le laisser que pendant quelques heures *in situ*. Si en ouvrant de nouveau la dent, on constate qu'on n'a pas obtenu de résultats, on ajoute de l'arsenic ; on recommence autant de fois qu'on le juge nécessaire. Il ne faut pas prolonger l'action de l'arsenic jusqu'à l'apex. On

guette le moment propice où la pulpe peut être enlevée, alors qu'il y a encore quelque signe de vie à son extrémité apicale.

S'il ne se trouve pas de partie découverte, il est plus sûr de n'appliquer l'arsenic qu'un peu au-dessous de l'email, ou au fond d'une cavité existante assez profonde pour qu'on puisse bien l'y enfermer.

L'arsenic agit sur la dentine et au bout de quelques heures ce tissu est suffisamment insensible pour permettre à l'opérateur d'exposer la pulpe sans douleur pour le patient ; après quoi il peut, s'il le désire, anesthésier la pulpe et l'enlever de la manière qu'on va indiquer.

Une chose qu'on ne doit pas oublier, c'est que l'arsenic ou les anesthésiques locaux n'ont pas d'action sur une pulpe inflammée ou congestionnée. Quand la pulpe est dans cet état, un pansement d'huile de girofle et de sulfate de morphine est un des meilleurs remèdes pour faire disparaître la congestion.

On met dans la cavité une boulette de coton saturée d'huile de girofle à laquelle on ajoute de 1/40 à 1/30 d'un grain de sulfate de morphine. On l'y maintient jusqu'à ce que la pulpe soit revenue à son état normal, ce qui arrive généralement au bout de vingt-quatre à quarante-huit heures, après quoi on peut appliquer l'arsenic.

L'auteur a constaté par expérience qu'on n'éprouve pas de douleur, si ce n'est dans quelques cas très rares, lorsqu'on emploie l'arsenic, suivant le procédé du Dr James Truman : on mélange une très petite quantité d'acide arsénieux avec de l'iodeforme et de l'huile de girofle, ou de l'acide phénique et l'on y trempe une petite boulette de coton. On la recouvre d'une petite capsule d'étain ou d'aluminium pour éviter toute pression sur la pulpe et l'on ferme la cavité avec la gutta-percha ou avec du ciment.

Il arrive quelquefois que la pulpe résiste à l'action de l'arsenic et que des pansements répétés restent sans effet. Dans ce cas, on essaye quelque autre agent.

On emploie aussi le cobalt comme agent de dévitalisation. Le principe actif en est l'arsenic, mais en combinaison avec du soufre ; c'est pourquoi il est moins irritant que l'acide arsénieux. On peut le laisser bien plus longtemps dans la dent que l'arsenic et on prétend qu'au bout d'un certain temps la pulpe a entièrement disparu. Cela peut être vrai, mais l'auteur n'en ayant pas fait l'expérience ne peut s'appuyer sur une observation personnelle. Il est à se demander s'il n'est pas dangereux de laisser longtemps dans une dent un composé arsenical.

Extirpation immédiate de la pulpe.

L'extirpation immédiate est de beaucoup la méthode la plus sûre et la plus rapide, soit en anesthésiant pour enlever la pulpe sur-le-champ, soit en l'extirpant au moyen d'une tige pointue de bois d'oranger.

Pour suivre la première de ces deux méthodes, on opère de la façon suivante : on emploie la digue en caoutchouc chaque fois que c'est possible. Si il n'y a pas moyen, on la remplace par des petites serviettes, de façon à empêcher la salive de se trouver en contact avec la dent qu'on doit opérer. S'il se trouve une cavité permettant l'accès des canaux, il faut l'utiliser.

Les instruments devant servir sont à portée de la main, de façon qu'on puisse les prendre aussitôt que c'est nécessaire. Ils se composent de broches pour enlever la pulpe des canaux, d'un foret de bonne taille terminé en forme de lance, de larges fraises plutôt grosses, d'une large fraise à fissure à lame transversale et d'un ou deux grands excavateurs à cuiller.

On enlève de la cavité la partie cariée et, si la pulpe se trouve à nu, on recouvre aussitôt la partie découverte d'un cristal de chlorhydrate de cocaïne ; puis on sature d'alcool un petit bouchon de coton, pas beaucoup plus gros que la tête d'une épingle, et on le place au-dessus de la cocaïne. On met ensuite dans la cavité un morceau de caoutchouc non vulcanisé, assez gros pour la remplir presque entièrement et qu'on tasse à l'aide d'un brunissoir ou d'un autre instrument remplissant presque l'ouverture.

La pression peut être rapide et saccadée ou lente et graduelle et doit être maintenue pendant une minute environ. Dans le premier cas, la douleur est aiguë, mais ne dure qu'un instant, tandis que dans le deuxième cas, la douleur n'est pas intense, mais se prolonge pendant plusieurs secondes.

On peut employer le chloroforme comme anesthésique local, mais si on en met trop, il dissout le caoutchouc. Le chloroforme et l'acide phénique employés sous pression ont une action très prononcée.

Si les canaux sont complètement à nu, on peut injecter l'anesthésique directement sur la pulpe au moyen d'une seringue hypodermique, mais c'est là une opération beaucoup plus douloureuse pour le patient et qui ne présente aucun avantage sur les autres méthodes.

Une solution de cocaïne seule peut agir aussi, mais ne semble avoir autant d'action que lorsque la cocaïne est mélangée à un autre médicament. Une dissolution d'une partie de formol pour cinq parties d'alcool a beaucoup d'efficacité conjointement avec la cocaïne.

Une fois que la pulpe est complètement anesthésiée et que le caoutchouc et le coton ont été enlevés, on ouvre la chambre pulinaire avec la grosse fraise ou la fraise pour fissure, afin d'avoir librement accès dans tous les canaux. On peut couper le corps de la pulpe avec une grosse fraise ou avec un excavateur à cuiller, et enlever la pulpe dans les canaux au moyen de broches.

Si c'est une dent saine qu'on doit dévitaliser, il est nécessaire d'y pratiquer une ouverture, de façon à découvrir une petite partie de la pulpe. La partie à nu n'a pas besoin d'être plus grande que la pointe d'une aiguille. On isole préalablement la dent avec la digue en caoutchouc.

Pour l'une quelconque des six dents antérieures, cette ouverture doit être faite sur le côté palatal ou lingual, juste au-dessus de l'arête basilaire et sur une droite passant par le canal de la pulpe. L'émail est en ce point très épais et très dur et peut être d'abord entamé au moyen d'une toute petite pointe de corundum ou de carborundum ou d'une fraise à lame transversale et à cône renversé. Si l'opérateur possède un foret à diamant, cela permet d'effectuer le travail plus rapidement.

On ouvre les bicuspides et les molaires au milieu d'un sillon de la

face triturante par une droite passant au centre de la dent. Une fois l'émail entamé, on emploie un foret en forme de lance pour atteindre la pulpe.

Avec un tour fonctionnant bien et un foret effilé, on peut pratiquer la petite ouverture le plus souvent très rapidement et sans beaucoup d'ennuis pour le patient; mais quand la dent est très sensible, on peut l'endormir avec une gouttelette de chlorure d'éthyle que l'on applique par intervalles. On en touche d'abord la dent pendant un instant à peine, puis chaque fois un peu plus longtemps, jusqu'à ce qu'elle soit insensibilisée. De cette façon, la dent se trouve graduellement refroidie et on n'éprouve ni le choc ni la douleur qui résultent de l'application brusque et continue de la gouttelette.

On emploie alors le foret en forme de lance et si la sensibilité se rétablit avant que la pulpe soit atteinte, il faut recommencer l'application de l'anesthésique.

L'anesthésique local sous pression peut être utilisé pour insensibiliser la pulpe dans cette opération. Aussitôt que le patient ressent une douleur, on l'applique de la manière indiquée plus haut, ce qui permet à l'opérateur d'enfoncer le foret un peu plus en avant, l'application de l'anesthésique pouvant être répétée autant de fois qu'on le désire. C'est un peu plus long, mais on ne souffre presque pas.

Une fois que l'on a mis la pulpe à découvert, on peut élargir l'ouverture faite à travers l'émail et dans la dentine presque jusqu'à la pulpe, pour permettre l'application de l'anesthésique. On peut le faire au moyen de grandes fraises pour fissures à lame transversale, après quoi la pulpe peut être anesthésiée et enlevée de la manière indiquée plus haut.

De l'emploi de l'anesthésique sous pression ne résulte pas la dévitalisation de la pulpe; celle-ci est simplement anesthésiée pendant le temps de l'application; mais sa sensibilité peut se rétablir.

Pour quelques-unes des dents à plusieurs racines où l'on rencontre des difficultés dans l'accès des canaux, il se peut que la sensibilité se soit rétablie dans la pulpe pour un ou deux canaux pendant qu'on enlève les rameaux pulpaires des autres, ce qui nécessite une seconde application; en général, cependant une seule suffit.

Les racines mésiales des molaires inférieures sont souvent très difficiles à ouvrir; c'est qu'il existe dans ce cas-là deux canaux très serrés, un buccal et un lingual qui divergent à leur sortie de la chambre pulpaire, mais se réunissent à l'apex ou tout près.

Il est quelquefois impossible de les ouvrir tous les deux, mais on doit s'efforcer d'en ouvrir au moins un jusqu'à l'extrémité de la racine. Il faut les nettoyer aussi complètement qu'il est possible. Quand un des deux canaux est bien ouvert jusqu'à l'apex et le foramen parfaitement fermé, on coupe le rameau pulinaire qui reste dans l'autre canal et on les ferme tous les deux au sommet et au fond; on a ainsi de grandes chances d'éviter des troubles pour l'avenir.

Avant d'obturer, on badigeonne les racines de chlorure de zinc, afin de coaguler tout ce qui pourrait rester dans les canaliculars.

De même les canaux buccaux des molaires supérieures sont souvent

si petits qu'il est difficile d'y faire pénétrer un instrument. C'est avec de fines broches contournées à trois faces que l'on peut le plus aisément nettoyer et élargir ces canaux resserrés. Pour les ouvrir et les élargir, une goutte d'acide sulfurique à l'entrée des canaux est souvent d'un grand secours à l'opérateur.

Pour les dents chez lesquelles la racine fait un brusque tournant près de son extrémité, presque ou même tout à fait à angle droit avec le reste de la racine, il est impossible d'enlever toute la pulpe ; le dentiste doit en extraire le plus possible et confier le reste à la providence.

Dans les cas de ce genre, il ne faut pas obturer la racine immédiatement, mais y mettre un pansement que l'on laisse pendant plusieurs jours. De l'iodoforme ou de l'aristol combiné avec une des huiles essentielles, telle que celle de cannelle ou mieux l'huile d'eucalyptus, constitue un excellent pansement et tend à momifier le reste de pulpe et à le rendre inoffensif. Quand le patient saigne beaucoup, le meilleur remède est le chlorure d'adrénaline.

Un dentiste qui entreprend d'enlever la pulpe doit savoir parfaitement l'anatomie des dents, le nombre de racines que chaque dent possède à son état normal et la place de l'entrée des canaux dans la chambre pulaire.

Quelques-uns d'entre eux sont souvent très fins et difficiles à découvrir, aussi est-il nécessaire de bien en connaître la position normale. Leur état présente quelquefois des modifications et il se peut que le nombre des racines soit plus ou moins grand. On ouvre largement la chambre pulaire et l'on examine avec soin le fond et les parois à l'aide d'une sonde à exploration effilée pour découvrir les ouvertures. Les troisièmes molaires spécialement varient quant au nombre des racines, et il arrive que les canaux sont si petits et si contournés qu'on ne peut guère les ouvrir que sur une courte partie ; l'opérateur doit alors essayer de faire de son mieux. On soigne ces canaux avec du chlorure de zinc, on place un pansement dans la dent pendant quelques jours, après quoi on l'obture.

Les premières et les secondes molaires supérieures ne présentent quelquefois que deux racines. Quand on ne trouve que deux canaux, si le buccal est très petit, il est presque certain qu'il en existe un autre, aussi doit-on faire une recherche plus sérieuse.

Quand une première ou une seconde molaire supérieure n'a que deux racines, le canal buccal est aussi large ou même plus large que le palatin ; et si tel n'est pas le cas, le dentiste ne doit pas renoncer à en trouver un troisième.

Il est très rare qu'une première ou une seconde molaire supérieure n'ait qu'une racine. Le canal dans ce cas est très large et en forme de cône. Son entrée dans la chambre pulaire est presque au centre de la dent, le fond s'inclinant des côtés vers le centre.

Un cas très intéressant de seconde molaire supérieure gauche n'ayant qu'une racine s'est présenté il y a environ un an.

Le patient était un homme d'une trentaine d'années. On devait lui mettre un bridge dans le côté supérieur gauche de la bouche, la canine et la seconde molaire étant utilisées comme arcs-boutants. On ouvrit

la dent par la surface triturante et la pulpe fut anesthésiée et enlevée de la manière indiquée plus haut. On constata que le foramen apical était largement ouvert et qu'on pouvait y passer une broche dans toute la longueur sans rencontrer la moindre résistance.

On enfila un petit morceau de digue en caoutchouc dans une sonde fine et longue que l'on introduisit dans le foramen jusqu'à une profondeur de 2 pouces 1/8 du cuspide de la dent sans rencontrer la moindre résistance ou sans que le patient le sentît. On introduisit une broche crochue dans le foramen et au delà de l'extrémité de la racine qui était de longueur normale, les tissus situés de chaque côté de l'apex étant sensibles au toucher.

Naturellement on supposa qu'elle avait pénétré dans le sinus, mais quand on essaya d'y envoyer de l'air sous une forte pression au moyen d'une seringue, on constata que c'était complètement fermé et on ne parvint pas à découvrir une issue.

Le patient ne ressentit pas par la pression la moindre douleur ou la moindre gêne. On mit dans le canal un pansement d'huile d'eucalyptus et d'aristol qu'on laissa pendant quelques jours, après quoi on obtura la racine. On fit alors un bridge que l'on fixa au ciment et le patient s'en était trouvé très bien jusqu'à ce jour. Dans le côté opposé de la bouche, de la canine à la première molaire se trouvait un bridge dans les conditions normales.

Méthode énergique d'extirpation de la pulpe.

Il est très rare que l'application de l'anesthésique local et la pression n'aient pas d'effet sur la pulpe ; quand tel est le cas, il faut suivre d'autres méthodes et de préférence une méthode énergique.

On met la pulpe bien à découvert et on l'enlève au moyen d'un petit bâton de bois d'oranger ; on taille celui-ci de façon qu'il ait la grandeur et la forme du canal de la dent ; on l'aiguise en pointe effilée, puis on le met à portée de la main ainsi qu'un petit maillet à plomber.

Si la couronne de la dent doit être enlevée, on peut presque la couper en travers à l'aide d'un disque mince ou d'une fine fraise à fissure à lame transversale ; ou bien encore on peut pratiquer dans la dent des trous rapprochés avec un petit foret terminé en forme de lance ; puis casser avec les doigts.

Si la dent est sensible, on l'insensibilise au chlorure d'éthyle.

Il ne faut jamais employer de pinces coupantes à moins que la dent n'ait été coupée partiellement. Si elle ne l'a pas été, on risque fort de casser la racine de telle façon qu'on ne puisse plus l'utiliser.

Si la pulpe n'est pas suffisamment à découvert, on élargit l'ouverture au moyen d'une fraise en forme de bouton de fleur ou d'un foret en forme de lance ; on prend la précaution d'insensibiliser la dent. On trempe la pointe de la tige de bois d'oranger dans l'acide phénique, on l'introduit dans l'ouverture et l'on donne un coup rapide et vif de maillet.

Si la tige est bien taillée, la pulpe se trouve entraînée en dehors du canal. Sinon on l'enlève au moyen d'une broche. On nettoie alors le canal que l'on stérilise et obture.

Cette méthode réussit spécialement pour les dents ne présentant qu'une racine, mais elle peut être appliquée avec succès aux premières bicuspides et même aux molaires dans de bonnes conditions, alors que les couronnes sont mal cassées et permettent l'accès des canaux.

Cette opération a été souvent qualifiée de barbare par les praticiens, mais elle ne l'est en aucune façon. Si on l'accomplit convenablement, on peut l'effectuer sans plus de douleur qu'avec toute autre méthode de dévitalisation. Elle est si rapide que la pulpe est paralysée par le choc, et la douleur n'est pas plus vive que celle qu'on éprouve d'une légère piqûre d'épingle. Tout dépend de la manière de faire ; un opérateur maladroit peut occasionner de grandes souffrances au patient.

Dans les molaires supérieures, si le corps de la pulpe a été enlevé, on peut presque toujours extraire facilement de cette façon le rameau pulinaire du canal palatin, mais les canaux buccaux sont généralement trop petits et d'accès difficile. Pour les molaires inférieures, on peut extraire la pulpe du canal distal, mais, pour le mésial, on a les mêmes ennuis qu'avec les canaux buccaux des molaires supérieures.

Quelques opérateurs sont d'avis d'effectuer l'extirpation de la pulpe de cette façon en même temps que l'obturation de l'apex. Voici comment on opère : on aiguise la tige de bois d'oranger en une pointe fine et, à une distance de $1/8$ à $3/16$ de pouce de l'extrémité, on l'entaille tout autour très profondément.

On met la pulpe à nu ; puis on trempe la pointe de bois d'oranger dans de l'acide phénique et on l'introduit rapidement dans le canal, de façon à enfoncez l'extrémité jusqu'à l'apex de la racine. On tourne la tige pour qu'elle casse là où elle avait été entaillée et l'apex se trouve ainsi obturée de bois d'oranger.

L'auteur ne voudrait pas recommander cette méthode à cause du danger et de l'incertitude des résultats. Tout d'abord, le bois d'oranger pouvant s'imbiber de salive ne constitue pas une bonne substance d'obturation, à moins qu'on ne la sature d'une solution de gutta-percha, ou qu'on n'introduise préalablement dans le canal de la gutta-percha ou de l'oxychlorure de zinc, ce qui serait impossible dans l'opération décrite.

Encore si le foramen avait été élargi, la pointe aurait pu y être introduite et cassée au delà de l'apex où elle agirait comme irritant et produirait probablement un abcès alvéolaire. Il y a une autre objection à cette méthode, c'est qu'on n'est pas sûr que la pointe atteigne l'extrémité de l'apex, si les canaux sont très petits et contournés, auquel cas toute la pulpe ne se trouverait pas être enlevée ; la partie demeurant au delà de la substance d'obturation pourrait causer au patient de grandes souffrances par sa putréfaction, et il pourrait en résulter un abcès.

Si les canaux étaient très contournés, il serait impossible d'enlever l'obturation pour le traitement.

(A suivre.)

LIVRES ET REVUES

Clinique des maladies de la bouche et des dents, par Ch. Godon et Ed. Frileau, 2^e édition.

Pour la 2^e édition de son *Manuel clinique*, M. Godon s'est adjoint le distingué professeur qui depuis de longues années déjà fait le cours de pathologie externe à l'Ecole dentaire ; les élèves, qui au cours de M. Frileau ont pu apprécier ses qualités de clarté schématique, pour ainsi dire, les retrouveront dans ce nouveau volume.

Il comprend trois parties : la première est consacrée aux généralités sur les principaux moyens d'exploration, sur l'inspection clinique de la bouche et sur le diagnostic ; la deuxième, de beaucoup plus importante, comprend la clinique buccale, mais non dentaire ; la troisième partie renferme la clinique dentaire proprement dite.

Nous ne pouvons que louer les auteurs du plan très rigoureux qu'ils ont suivi à propos de la clinique buccale, procédant très anatomiquement et cliniquement à la fois, des lèvres à la muqueuse, aux gencives, aux joues, à la voûte palatine, au plancher, à la langue, au pharynx, aux glandes, au squelette, aux nerfs, etc.

Signalons en passant les pages qui intéresseront tout particulièrement le clinicien sur les lésions inflammatoires des lèvres, sur le diagnostic de leurs tumeurs ; les stomatites sont au complet, peut-être un peu trop diverses à une époque où l'on proclame leur unité, mais il est utile, au point de vue clinique, d'en bien différencier toutes les variétés.

Les ulcérations de la langue sont fort bien exposées et nous ne saurions trop en conseiller à l'élève la lecture très attentive ; c'est une bonne fortune pour le candidat que de trouver dans ce modeste *Manuel* un chapitre aussi simple, clair et complet. Nous en dirons autant du diagnostic des tumeurs de la parotide et du diagnostic des tumeurs du plancher buccal.

A propos de la nécrose phosphorée, j'aurais été fort heureux de lire quelques lignes sur le phosphorisme de Magitot. Très cliniques également les quelques pages qui se rapportent au diagnostic des tumeurs du bord alvéolaire et du corps des maxillaires et au diagnostic des tumeurs du sinus, mais combien je regrette qu'il ne soit pas fait mention des kystes radiculo-dentaires qui empiètent sur la cavité du

sinus, sans communiquer avec elle, ni des faux abcès du sinus, simples fistules dentaires présimisiennes qui s'ouvrent dans la fosse nasale !

Quant à la clinique purement dentaire, les auteurs ont pu réaliser ce tour de force de donner en une cinquantaine de pages des notions suffisamment précises sur toutes les anomalies, les traumatismes et la carie.

En résumé le *Manuel de MM. Godon et Friteau* doit être entre les mains de tout étudiant, il y trouvera un guide concis et clair pour se reconnaître parmi les plus importantes des manifestations de la clinique bucco-dentaire; ce sera pour lui le tuteur utile pour ses observations et le point de départ précieux pour ses lectures plus étendues.

D^r FREY.

16 mars 1905.

REVUE ANALYTIQUE

Richard Grady, Importance de l'hygiène buccale. (*British Journal of Dental Science*, août 1904.)

Un état septique de la bouche, toléré chez une personne de santé ordinaire, peut devenir une source de grands dangers chez un sujet atteint d'une affection aiguë et peut être un facteur important au point de vue du pronostic.

Certaines grandes opérations sont quelquefois suivies, même après des résultats locaux satisfaisants, de symptômes d'empoisonnement du sang, de parotidite et de mort. L'inflammation et la gangrène de la glande parotide sont évidemment dues à l'état de la bouche et des dents. Il faut donc que la bouche du malade soit propre et aussi celle du chirurgien, et du garde-malade, pour assurer le succès de l'opération.

L'examen de 987 enfants a démontré que 99 % de tous ceux qui étaient atteints de carie dentaire présentaient un engorgement des ganglions du cou.

Les insuccès des opérations résultent d'une manipulation défectiveuse, de l'incompatibilité des matières d'obturation avec les tissus dentaires, mais aussi et principalement du défaut d'hygiène buccale.

Il serait bon de se brosser les dents et de les laver avec une matière alcaline, après chaque repas. L'hygiène buccale devrait être enseignée dans les écoles. Il faut apprendre aux enfants combien il est utile de nettoyer toute la bouche, la langue comprise. Le maître devrait avoir la compétence voulue pour cet enseignement, et un bulletin mensuel devrait relater l'état des dents des élèves. La pratique de l'hygiène buccale est plus prophylactique que tout autre régime. La vie

scolaire et les conditions relatives à la carie sont détestables dans nos grandes villes et demandent une réforme urgente.

Les sociétés dentaires doivent aider à ces réformes. Il est de leur devoir de se placer au-dessus de l'étroit point de vue professionnel, qui fait repousser par quelques dentistes la pratique régulière de l'hygiène buccale.

Nous devons nous employer à ce que les mères des générations futures sachent que le soin méticuleux des dents de leurs enfants est nécessaire non seulement pour sauver ces organes, mais pour maintenir une bonne santé générale.

Rodgers (G. F.), Un cas intéressant. (*Dental Summary et Progrès dentaire*, mars 1905.)

J'ai eu dernièrement l'occasion de voir un cas intéressant, exigeant la restauration des couronnes de la canine et de l'incisive latérale supérieures gauches, qui s'étaient brisées sous le coup d'une balle de croquet. L'incisive latérale était complètement cassée, mais la canine était encore adhérente à la gencive. Du côté labial, la ligne de fracture répondait à la gencive et du côté lingual elle se trouvait à environ 6 millimètres au-dessous du bord gingival.

Le sujet souffrait beaucoup ; on lui administra du narcotile et les deux pulpes furent extirpées immédiatement. Une légère hémorragie céda facilement au chlorhydrate d'adrénaline.

Après avoir bien desséché les canaux, j'obturai l'apex. Puis, comme les racines étaient rompues trop profondément pour permettre de prendre une empreinte exacte et de brunir convenablement sur l'extrémité radi-

culaire, je brunis un fragment de feuille de platine sur les fragments détachés de la dent.

Je fixai alors, par la cuisson, un peu de corps de porcelaine de Brewster à cette matrice de platine pour l'aider simplement à conserver sa forme, puis je l'appliquai sur la racine, à laquelle elle s'adaptait parfaitement; j'insérai un pivot, je choisis une dent capable de remplacer la couronne et, après l'avoir ajustée à la meule, je recourbai les broches sur le pivot; j'enlevai le tout, et ayant appliqué du corps de porcelaine que je soumis à la cuisson, je retirai le platine pour cimenter demeure la couronne complétée.

Résultat : Une couronne qui s'adapte absolument à la racine. Une substance non irritante placée sous la gencive. Pas de perte de temps, deux heures m'ayant suffi pour mettre les deux dents en place. Pas de gêne pour le sujet, parce que le brunissage du platine avait eu lieu hors de la bouche sur les fragments détachés de la dent. Une couronne parfaite aux points de vue de la force et de la beauté.

Terrier (F.) et Desjardins (A.).

La scopolamine comme anesthésique général en chirurgie.
(*Presse Méd.*, 4 mars 1905, p. 137.)

Découverte en Allemagne, la scopolamine en a été rapportée par les auteurs à la fin de l'année dernière, leur étude est basée tant sur les résultats étrangers que sur les leurs.

La scopolamine, $C_{17}H_{21}AzO^4$, est tirée du Scopolia Japonica. C'est un corps solide, se présentant sous forme de cristaux prismatiques (point de fusion : 59°) se dissolvant dans l'eau et surtout dans l'alcool et l'éther. La scopolamine s'altère très vite à l'air et à la lumière. On emploie généralement le bromhydrate. Ce produit agit en paralysant l'action inhibitive du pneumogastrique (ralentissement de la respiration, accélération du cœur); c'est un vaso-dilatateur et un anesthésique général excellent.

On a publié 1.488 cas d'anesthésie avec la scopolamine en Allemagne : les auteurs en rapportent 26 nouveaux.

La technique de cette méthode est très simple : on obtient l'anesthésie par injections sous-cutanées d'une solution de scopolamine à laquelle on adjoint une certaine quantité de morphine, antidote de la scopolamine. Les proportions relatives de ces deux produits sont variables : les auteurs emploient 1 milligramme de scopolamine pour 1 centigramme de morphine par centimètre cube d'eau, ce qui donne une anesthésie suffisante sans chloroforme dans 26 % des cas. Pour les laparotomies on combine la scopolamine au chloroforme. « On diminue alors sensiblement la dose de scopolamine en ne faisant qu'une seule injection d'un milligramme deux heures avant l'opération. On donne le chloroforme ensuite. Cette technique présente l'avantage de supprimer l'attente opératoire pour le malade, ainsi que les vomissements, et les douleurs au réveil ; on n'a pas à redouter la contraction de la paroi abdominale, ni la vasodilatation. Enfin et surtout on diminue sensiblement la dose de chloroforme en même temps qu'on supprime la période d'excitation du début. » D'ailleurs le malade吸吸 peu de chloroforme : tandis qu'il faut une moyenne de 80 grammes d'anesthésique pour 100 minutes de sommeil avec le chloroforme pur (Mickuliez), avec l'injection de scopolamine la moyenne tombe à 14 grammes pour le même temps. On ne doit jamais avoir recours à l'éther qui augmente encore la congestion de l'appareil respiratoire.

Les auteurs font ensuite l'étude clinique du nouveau médicament. Le tableau de l'anesthésie par la scopolamine ne ressemble en rien à celui de l'anesthésie obtenue par les procédés généralement usités :

« Après la première injection, environ vingt à trente minutes, le malade est pris d'un sommeil progressif, comme « l'envie de dormir » spontanée ; d'ordinaire il résiste quelque temps, se frotte les yeux, bâille, se retourne plusieurs fois dans son lit, ses idées deviennent confuses, ses paroles inintelligibles, ses paupières se ferment et il s'endort.

La respiration est remarquablement calme, la bouche entr'ouverte. Souvent le malade fait instinctivement quelques mouvements réflexes : il porte la main à sa figure, se gratte le nez, se retourne dans son lit ; si on le découvre, il ramène sa couverture.

Après la deuxième injection, le sommeil est plus profond. Les mouvements réflexes diminuent, la respiration, très calme, diminue légèrement de fréquence et le pouls s'accélère quelque peu. Le malade dort presque toujours sur le dos, la bouche ouverte, les bras repliés au-dessus de la tête, les poings fermés ; parfois il ronfle. Souvent il fait avec les lèvres des mouvements de succion comme s'il rêvait qu'il boit. Cependant, à ce moment, si on lui parle fort, avec insistance, si on le secoue, il ouvre les yeux avec l'air hagard d'un homme qu'on éveille d'un profond sommeil, il articule quelques mots sans suite, se retourne dans son lit et se rendort presque aussitôt.

Après la troisième injection, le sommeil est d'ordinaire complet et l'anesthésie est suffisante. Le malade ne manifeste aucune sensibilité, ni au pincement, ni à la piqûre (il ne sent pas la troisième injection). Sa face est un peu plus colorée que normalement sans être cependant le moins du monde cyanosée : elle est rose, à cause de la vaso-dilatation sous-cutanée ; parfois on y voit perler des gouttes de sueur. La respiration est encore diminuée de fréquence, entre 12 et 16 à la minute ; elle est ample, profonde ; l'inspiration surtout est prolongée. Le pouls est plein, bien frappé, régulier, mais rapide, variant, suivant les sujets, entre 90 et 120. Si l'on soulève la paupière, on voit la pupille dilatée et tournée en haut comme dans le sommeil physiologique.

Les membres ne sont pas en complète résolution ; on peut leur faire exécuter sans effort tous les mouvements, il n'y a aucune résistance, mais le tonus musculaire persiste : si on les abandonne à eux-mêmes après les avoir soulevés du plan du lit, ils ne retombent pas d'une façon flasque,

comme dans la résolution musculaire absolue, ils retombent plus doucement sur le lit.

Il est très important de remarquer que, si profond que paraisse le sommeil, si on secoue le malade, si on lui parle fort et avec insistance, si on fait du bruit à côté de lui, il se réveille exactement comme un homme endormi naturellement. Mais si on le pique, si on le pince, il ne traduit pas la moindre sensibilité. Cette anesthésie complète, avec persistance des fonctions intellectuelles, est particulièrement frappante avec l'emploi de la scopolamine qui semble agir exclusivement sur les fibres sensitives.

De ces remarques découlent certaines précautions indispensables à observer : il faut transporter les malades avec une grande précaution, en évitant de les remuer brusquement. Il est indispensable, pendant toute la durée de l'opération, de garder le silence. Il faut surtout s'abstenir de secouer les malades, comme on a tendance à le faire pour s'assurer qu'ils dorment. Il est bon également de leur couvrir les yeux avec une compresse, car, en cas de réveil, ils commencent par ouvrir les yeux, et la vue, tout inconsciente, des personnes qui les entourent, achève de les réveiller. »

Le début de l'opération provoque souvent quelques mouvements réflexes, et s'accompagne d'autre part, à l'incision des tissus, d'une hémorragie notablement plus abondante que dans la généralité des cas. Quelquefois on est obligé de donner un peu de chloroforme au malade dont les mouvements viennent gêner l'opérateur.

Le malade, reporté dans son lit, continue à dormir tranquillement pendant quatre ou cinq heures.

Le réveil est calme, et ressemble au réveil physiologique.

La période anesthésique dure vingt-quatre heures, parfois deux ou trois jours, ce qui évite les douleurs post-opératoires. Les auteurs résument les avantages et les inconvénients de la méthode de la façon suivante :

Avantages. — « Suppression de l'appréhension opératoire et de la phase

d'excitation qui précède la résolution musculaire, ce qui serait peut-être la suppression de la syncope initiale ;

Perte de connaissance absolue et même de tout souvenir ;

Longue durée du sommeil (8 à 10 heures) ;

Suppression des vomissements, des nausées et des malaises qui accompagnent d'ordinaire le réveil ;

Calmé de l'opéré, qui dort la nuit suivante sans qu'il faille lui donner de morphine ;

Absence d'albumine dans les urines ;

Grande innocuité, qui permet de l'employer chez les tuberculeux, les cardiaques et les cachectiques ;

Enfin, persistance de l'anesthésie très longtemps après le réveil, et cela dans tous les cas. Jamais les malades ne se plaignent de leur plaie pendant les deux premiers jours, comme ils le font d'ordinaire dès leur réveil avec les autres anesthésiques. »

Inconvénients. — « Variété d'action, sur laquelle Dirk et Israel ont déjà insisté. Certains malades s'endorment rapidement et complètement, certains autres difficilement et incomplètement, si bien qu'il faut administrer une certaine quantité de chloroforme.

Vaso-dilatation qui gêne parfois l'opérateur et qui nécessite une hémostase soignée, sous peine d'avoir des hématomes ;

Enfin contracture de la paroi abdominale, contracture qui persiste malgré le chloroforme et qui contre-indique la scopolamine pour la chirurgie abdominale.

Toutefois, avec une seule injection de 1 milligramme, on n'observe ni la contracture de la paroi ni la vaso-dilatation, la plupart des autres avantages persistant.

La nocivité de la scopolamine est beaucoup moins grande que celle des autres anesthésiques : on a cité douze cas de mort à la suite de l'emploi de ce produit, mais aucun d'eux ne doit lui être attribué, comme le prouve la lecture des observations rapportées par les auteurs.

Wakefield (Robert), Névralgie

et surdité guéries par des extractions dentaires. (Dental Summary et Progrès dentaire, mars 1905.)

Mme C..., âgée de trente-huit ans, vient me trouver le 12 mai 1904, pour l'extraction des quelques dents qui lui restent à la mâchoire supérieure. Je commençai par la 3^e molaire du côté gauche, qui ne vint pas sans difficulté à cause d'une exostose. La malade avait souffert d'une névralgie dans le côté de la tête et du cou, et était complètement sourde de l'oreille gauche depuis quatre ans. Elle revint le lendemain matin pour m'informer que la douleur et la surdité avaient complètement disparu, guérison qui s'est maintenue jusqu'ici (14 mai 1904).

La stypticine contre les hémorragies consécutives à l'extraction des dents. (Presse méd., 22 fév. 1905, p. 115.)

Ce produit, C¹² H⁸ NO⁴ Cl, est une poudre cristalline jaune, d'un goût amer, soluble dans l'eau, vendue sous forme de tablettes de 5 centigrammes, sucrées ou non. C'est un hémostatique de premier ordre, général et local, qui donne d'excellents résultats dans toutes les hémorragies (appareils digestif, respiratoire, urinaire, etc.), et notamment dans les hémorragies consécutives à l'extraction des dents.

C'est Munk qui, le premier (*Ärztl. Central-Anzeiger*, 1899, n° 27), s'est servi de ce médicament dans les cas de ce genre. Les résultats qu'il a obtenus ont été pleinement confirmés par les observations de Bloch (*Wien. Zahnärztl. Monatsch.*, 1899, n° 12) et, plus tard, par celles de Jahl (*Zahnärztl. Rundschau*, 1900, n° 406). Ce dernier a constaté l'action éminemment styptique de ce médicament qu'il a employé dans les hémorragies consécutives aux extractions dentaires et dans les hémorragies qui surviennent à la suite de fractures.

Bloch s'est servi, pour l'hémostase, de petits tampons d'ouate recouverts de poudre de stypticine et il a donné ainsi l'idée de fabriquer de la ouate et de la gaze à la stypticine à 30 %, pro-

duits qui, tous deux, existent actuellement dans le commerce. « Ce mode d'emploi de la stypticine, dit-il m'a paru tout particulièrement avantageux dans les extractions dentaires multiples sur divers endroits des mâchoires : sans attendre que l'hémorragie fût arrêtée d'un côté, je pouvais, après y avoir placé un tampon de stypticine, procéder immédiatement à l'extraction de l'autre côté. »

Marcus (*Deut. Zahnärztl. Zeitschr.*, 1900, n° 12) se déclare également partisan de l'emploi de la stypticine dans les hémorragies dentaires. Il l'appelle « l'agent hémostatique idéal » et il recommande vivement l'usage de la gaze et de l'ouate à la stypticine. Grâce à leur emploi, des hémorragies graves et de longue durée se sont arrêtées presque immédiatement. Le tamponnement à la stypticine a d'ailleurs l'avantage d'être indolore et la guérison de la plaie survient rapidement ».

Enfin, Hulich (*Zahnärztl Rundschau*, 1900, n° 41) a également obtenu avec la stypticine des succès tout à fait remarquables, en particulier dans des cas tenaces d'hémophilie ; il plaçait une tablette de stypticine dans l'alvéole qu'il obturait ensuite avec un tampon.

Depuis ces premières expériences la valeur hémostatique de la stypticine n'a fait que se confirmer de jour en jour et il serait vraiment trop long de rapporter ici tous les éloges qu'en ont fait, en particulier, les dentistes.

Ajoutons seulement, pour terminer, que l'action de la stypticine en applications locales peut être renforcée par son administration à l'intérieur ; on peut en donner, dans les cas d'hémorragies graves (hémophilie), jusqu'à 5 et 6 tablettes de 5 centigrammes par jour. Quand il faudra agir rapidement on aura recours aux injections sous-cutanées, ou mieux intra-musculaires (2 centimètres cubes d'une solution aqueuse à 10 %).

Roberto Alessandri, Nouveau procédé autoplastique contre la constriction cicatricielle des mâ-

choires. (*Stomatologia*, Milan, décembre 1904, p. 114.)

Consécutivement à des ulcérations diverses de la bouche, les parties molles de la joue et la muqueuse qui revêt les alvéoles peuvent se résorber. Du tissu cicatriciel fixe la joue à la gencive, et, par rétraction progressive, serre la mâchoire inférieure contre la mâchoire supérieure, et cela avec assez de force pour rendre vains les efforts musculaires ou artificiels pour séparer les arcades dentaires.

Il est facile alors en quelques coups de bistouri de supprimer les liens qui soudent les deux mâchoires, mais quelle que soit la suite du traitement, rien n'empêche la réfection du tissu cicatriciel et la constrictio nouvelle et plus énergique des deux mâchoires.

Voici quelques-uns des procédés opératoires employés jusqu'à présent.

On a essayé de prélever des lambeaux de muqueuse, mais cela ne peut réussir que dans des cas très restreints quand la partie à reconstituer est de minime étendue.

Biondi conseille de couvrir la perte de substance par un lambeau musculo-muqueux de la langue, coupé sur le bord correspondant à la blessure, et étalé en éventail sur celle-ci.

Ces procédés, outre leur difficulté spéciale, ne rendent pas son élasticité à la joue. Aussi est-on amené à la reconstitution plastique cutanée.

Deux cas peuvent se présenter : ou la perte intéresse seulement la face interne de la joue, ou elle intéresse la joue dans toute son épaisseur.

Ce second cas est plus fréquent, comme consécutif aux tumeurs de la joue ; on peut prendre alors un lambeau de peau de la face que l'on applique sur la partie à reconstituer, en tournant la peau vers la cavité buccale, et l'on recouvre avec d'autres lambeaux. La plastique double est nécessaire. On peut encore l'effectuer avec le même lambeau.

Hahn prélevait un lambeau de peau du thorax, et lui laissait un long pédicule, qu'il laissait libre dans le repliement du fragment sur la joue.

Après l'adhérence de ce lambeau, il coupait le pédicule. Mais on peut douter de la vitalité du lambeau traité de cette façon.

Le cas où la partie interne de la joue est seule atteinte comprend presque tous les cas de serrement cicatriciel.

Jaeschke fend la joue dans toute son épaisseur, jusqu'au bord du masséter, supprime les adhérences et laisse cicatriser chaque bord de la blessure en maintenant la bouche ouverte. Après la formation d'un épithélium, il incise, à environ un centimètre des bords et parallèlement à ceux-ci, la peau extérieure, la renverse et tourne ainsi l'épiderme à l'intérieur de la cavité buccale ; puis il fait des points de suture entre les deux bords à vif et tire sur ceux-ci la peau restante de la joue. Il obtint une superficie interne garnie d'épithélium, mais il se produisit une rétraction qui nécessita une intervention mécanique.

Bassini prend sur le bras, dans la région antéro-interne, un lambeau à base inférieure ; il en fixe l'extrémité sur la partie postérieure de la reconstitution à opérer, en l'attachant par deux fils qui traversent l'épaisseur de la joue et sont noués à l'extérieur ; le reste est fixé par suture, le pédicule est coupé après une quinzaine de jours. Ce procédé supprime la cicatrice de la joue et pourvoit la face interne de la joue d'un épiderme fin, élastique et sans poils. Mais il faut immobiliser l'avant-bras et le fixer à la tête, ce qui est difficile à réaliser.

Tous ces procédés sont incertains et délicats.

Aussi en a-t-on cherché d'autres. Rioli opère la section du maxillaire après le point d'adhérence, et Esmarch adopte la résection cunéiforme. Ils ont pour but d'obtenir une pseudarthrose en avant de la partie du maxillaire immobilisée, de mettre ainsi hors d'usage le côté malade, et de permettre le libre fonctionnement de l'autre.

Mais il arrive que la pseudarthrose ne se produit pas et que le fragment libre du maxillaire se ressoude au fragment fixe.

L'auteur propose donc un nouveau procédé plastique qui consiste à prendre un lambeau rectangulaire dont la petite base est à hauteur du maxillaire et lui est parallèle. Ce lambeau est relevé et l'on pratique au bistouri une incision qui permet de le faire passer à travers la joue pour aller recouvrir à l'intérieur de la bouche l'emplacement qui lui est destiné et il y est fixé par des points de suture. Pour recouvrir la plaie extérieure laissée par le lambeau de chair prélevé, on prolonge les incisions verticales, on détache un nouveau lambeau, cette fois à base inférieure par extension ou l'oblige à recouvrir la partie à nu. Les soins à donner après l'opération sont des lavages nombreux et méticuleux. Le troisième jour on peut enlever les points de suture ; le dixième on peut couper le pédicule, le plus près possible de la face interne de la joue et l'on rentre à l'intérieur le bord rendu ainsi libre du lambeau soudé à cette face.

L'auteur a employé ce procédé avec plein succès dans deux cas dont il donne le compte rendu.

Il a obtenu une cicatrice en forme de H, laquelle ne défigure pas le malade. De plus la nutrition du lambeau reconstitutif est assurée plus largement, ce qui rend l'opération plus rapide et plus sûre.

L'auteur étudie les avantages de son procédé comparé à ceux cités plus haut.

Le seul inconvénient est la possibilité de la présence des poils sur le lambeau de peau. Mais, outre que cela n'a lieu que pour l'homme fait, il est à remarquer que la peau transportée dans la cavité buccale perd ses stratifications cornées et prend un aspect qui se rapproche de celui des muqueuses.

Dans tous les cas, l'intervention extérieure peut éviter la présence ou la croissance des poils, et d'ailleurs ceux-ci ne peuvent apporter aucun trouble sérieux aux fonctions dont la cavité buccale est le siège.

H.-CH. FOURNIER.

JURISPRUDENCE PROFESSIONNELLE

L'Odontologie fait traiter ici par son collaborateur spécial les questions de jurisprudence que ses lecteurs désirent faire élucider.

MÉDECIN, CLIENTÈLE, VENTE, MEUBLES, INSTRUMENTS, DROIT AU BAIL,
JOURNAL, PRÉSENTATION A LA CLIENTÈLE, INTERDICTION D'EXERCER.

Tribunal civil de la Seine (2^e Ch.) : 22 novembre 1904¹.

Les médecins ne peuvent céder à prix d'argent leur clientèle, qui n'est pas dans le commerce, puisqu'elle dépend de leurs qualités personnelles et de la confiance qu'ils inspirent.

Mais il ne leur est interdit par aucune loi de vendre les objets se rattachant à l'exercice de leur profession².

Si donc le contrat de vente n'a pu se former en ce qui concerne la clientèle, il doit être reconnu comme bon et valable pour le journal exploité par les médecins, le mobilier et le droit au bail, et il y a lieu de faire la ventilation du prix stipulé, pour ne maintenir à la charge des cessionnaires que la somme représentée dans le prix global par les choses qui ont été valablement cédées.

Le médecin qui a pris l'engagement de ne plus exercer la médecine dans certains départements, de fournir son concours au cessionnaire et de le présenter à sa clientèle, ne peut invoquer cette stipulation pour lui demander quoi que ce soit, bien qu'un engagement de cette nature soit valable, en principe, lorsque cette stipulation ne forme pas l'objet principal de la convention et n'est que la clause accessoire d'une cession de la clientèle, qui doit être déclarée nulle.

L'annulation de la cession de la clientèle entraîne nécessairement celle des clauses et conditions destinées à en assurer l'exécution, alors surtout que le cédant n'a pas exécuté ses promesses et a créé un nouveau cabinet médical faisant concurrence à celui exploité.

1. *Gazette des Tribunaux*, 30 décembre 1904 : texte du jugement.

2. V. Cass. 10 août 1824. S. 1825.1.49 ; — Paris, 25 juin 1884. D. 1886.1.175 ; — Cass. 12 mai 1885. D. 1886.1.175 ; — Cass. 3 août 1894. D. 1896.2.31 ; — T. Châteauroux, 25 juillet 1898. D. 1899.2.255 ; — T. supér. des Deux-Ponts, 28 novembre 1900. S. 1903.4.7 ; — Contrà : Riom, 7 juillet 1841. S. 1841.1.563 ; — Dijon, 22 janvier 1847. S. 1848.2.206 ; — Cass. 13 mai 1861. D. 1861.1.326 ; — Riom, 13 mars 1894. S. 1895.2.43.

Puis, M. Platschick a fait des démonstrations fort habiles sur les travaux en porcelaine à l'aide d'un four à pyromètre et d'un four d'invention toute récente, permettant, grâce à une combinaison automatique fort ingénieuse, de changer très facilement le moufle. Avec la netteté et la précision qui caractérisent notre confrère, celui-ci a démontré la fabrication et les avantages des obturations en porcelaine. Sa démonstration a été vivement appréciée et applaudie, comme elle le méritait.

Pour terminer la réunion, M. Sauvez a su se faire l'avocat si convaincu de la F. D. N. que l'ordre du jour suivant a été voté par l'Association des dentistes de l'Est :

« Les membres de l'Association des dentistes de l'Est, présents à la séance du 26 février 1905, à Dijon, après avoir entendu les explications de M. Sauvez, président de la F. D. N., au sujet de la Fédération, sont d'avis que l'Association des dentistes de l'Est retire sa démission de la F. D. N. et continue son adhésion à ce groupement. »

Il y avait dix-huit ou vingt membres présents à la réunion et la Société comprend trente membres. C'est donc un résultat dont nous ne pouvons que féliciter M. Sauvez au nom de la F. D. N.

Nous ne saurions trop remercier nos confrères de Dijon de l'accueil si sympathique qu'ils ont bien voulu faire à leurs confrères de Paris ; nous remercions en particulier M. Frélèzeau de son aimable hospitalité et nous souhaitons à l'Association de l'Est la plus grande prospérité et une union de plus en plus complète avec la F. D. N.

ASSOCIATION GÉNÉRALE DES DENTISTES DE FRANCE.

Une assemblée générale de l'Association générale des dentistes de France a eu lieu le 11 mars.

Il y a été procédé au renouvellement partiel du Conseil de direction : MM. Blatter, Claser, Devoucoux, Lemerle, Sauvez, Viau, Roy et Martinier ont été élus pour Paris ; MM. Audy, Douzillé, Coignard, Richer, Pont, Chateau, Brodhurst, Debray, Dyssli, Cecconi, Duncombe (de Lisieux) et Lalement (de Nevers) l'ont été pour la province.

BANQUET DES D. E. D. P.

L'Assemblée générale annuelle de la Société des diplômés de l'Ecole dentaire de Paris a eu lieu le dimanche 12 mars. Elle a été suivie d'un déjeuner au restaurant Peters, passage des Princes.



NOUVELLES

SOCIÉTÉ D'ODONTOLOGIE DE PARIS.

La réunion mensuelle aura lieu le mardi 4 avril, à 8 h. 1/2 du soir à l'Ecole dentaire de Paris, sous la présidence de M. Delair.

Ordre du jour :

- 1^o Observation d'un cas de traumatisme dentaire suivi de réimplantation. M. le Dr Godon.
- 2^o Considérations sur l'élongation des dents. M. Fournier.
- 3^o Bridges amovibles. M. Masson.
- 4^o Appareils dilatateurs des maxillaires. M. de Croës.
- 5^o Procédé nouveau de fabrication des plaques métalliques. M. Cramer.
- 6^o Présentation d'une lampe électrique pour l'éclairage de la cavité buccale. M. Manteau.
- 7^o Présentation d'un fourneau électrique démontable. M. Cornelisen.

ASSOCIATION GÉNÉRALE DES DENTISTES DE FRANCE.

Une assemblée générale extraordinaire de l'association a eu lieu le samedi 11 mars, à 8 heures 1/2 du soir, à l'Ecole dentaire de Paris, sous la présidence de M. Delair, vice-président.

Après adoption du procès-verbal de la dernière assemblée générale, ainsi que du rapport du trésorier, M. Devoucoux, il a été procédé à l'élection de huit membres du Conseil d'administration pour Paris et de douze membres pour la province.

Le nouveau Conseil se compose dès lors actuellement de trente-deux membres : seize pour Paris, seize pour la province.

Ce Conseil a tenu sa première réunion le samedi 24 mars, à 8 h. 1/2 du soir, à l'Ecole dentaire de Paris et a constitué ainsi son bureau :

Président : M. Delair.

Vice-présidents : MM. Blatter.
Richer.

Secrétaire général : M. Hugot.

Tresorier : M. Devoucoux.

Secrétaire adjoint : M. Dissly.

Les membres de l'association qui n'ont pas reçu l'Annuaire de la

Société pour 1904-1905 sont priés de le réclamer au secrétariat général de l'association, 45, rue de La Tour-d'Auvergne, Paris.

*Le secrétaire général,
A. BLATTER.*

ASSOCIATION NATIONALE DES FACULTÉS DENTAIRES.

L'association nationale des Facultés dentaires se réunira à Buffalo (New-York), le 27 juillet 1905.

SOCIÉTÉ DENTAIRE AMÉRICAINE D'EUROPE.

L'assemblée générale annuelle de la Société dentaire américaine d'Europe aura lieu à Genève du 21 au 24 avril prochain.

ASSEMBLÉE GÉNÉRALE ANNUELLE DE LA B. D. A.

L'association dentaire britannique (B. D. A.) tiendra, comme nous l'avons annoncé, son assemblée générale à Southport.

Parmi les communications qui y seront faites citons celle du professeur Miller « Recherches récentes sur la carie dentaire ».

SOCIÉTÉ ODONTOLOGIQUE SUISSE.

La 20^e réunion annuelle de la Société odontologique suisse aura lieu à Zurich du 20 au 22 mai 1905.

Les dentistes suisses et étrangers sont invités à y assister.

INSTITUT DE PÉDAGOGIE DENTAIRE.

M. S. H. Guilford a été élu président de l'Institut de pédagogie dentaire dans la réunion tenue à Louisville (Kentucky) en décembre dernier.

NÉCROLOGIE

Nous avons le regret d'apprendre le décès de notre confrère Jean-Bertrand George, de Cette, membre de l'Association générale des dentistes de France, décédé le 24 février 1905, à l'âge de 75 ans.

Nous adressons à sa famille l'expression de notre vive sympathie, à l'occasion de cette perte cruelle.

Nous apprenons aussi le décès de M. Joseph Bohl, père de notre excellent confrère de Castres, auquel nous adressons l'expression émue de notre vive sympathie.

ADRESSES UTILES

La ligne: 20 francs par an, { **dans 24 numéros.**
Lignes en sus: 10 fr. la ligne.

- C. Ash et fils (*Fourn. gén.*) 22, rue du Quatre-Septembre, PARIS. TÉLÉPHONE 294.47.
 D. Bengué (*Anestile*), 47, rue Blanche, PARIS.
 Clin et C^e (*Produits pharmaceutiques,adrénaline,Tubes stérilisés à tous médicaments*), 20, rue Fossés-St-Jacques, PARIS. TÉLÉPHONE 806.37 — 815.84.
 J. Fanguet, Georges Clotte, s^r (*Impressions en t. genres*), 28, r. d'Engaïen, PARIS.
 Comptoir international (*Fourn. gén.*), 15, avenue Fonsny, BRUXELLES.
 Contenau et Godart fils (*Fourn. gén.*), 7, r. du Bouloï, PARIS. TÉLÉPHONE 214.53.
 Cornelisen (*Fourn. gén.*), 16, rue St-Marc. TÉLÉPHONE 218.69.
 A. Debraux, prof^r (*Cert. d'Et. exigé des dentistes*), 17, faub. Montmartre, PARIS.
 L. Mairlot (*Fourn. gén.*), 24, place Ste-Gudule, BRUXELLES. TÉLÉPHONE 1429.
 A. Mellottée, imprimeur de *L'Odontologie à CHATEAUROUX*.
 P. Périé fils (*Fournitures générales*), 7, place Lafayette, TOULOUSE.
 B. Platschick (*Prothèse à façon*), 3, rue Ventadour, PARIS. TÉLÉPHONE 222.82.
 Reymond frères { 22, rue Le Peletier, PARIS.
 (*Fournitures générales*). { 44, place de la République, LYON.
 { 69, rue de la Croix-de-fer, BRUXELLES.
 { 3, rue Petitot, GENÈVE.
 TÉLÉPHONE 312.91.
 L. Riasse (*Agent de la Consolidated D. M. Co.*), 97, rue Montmartre, PARIS,
 TÉLÉPHONE 283.75.
 Victor Simon et C^e (*Four. gén.*), 54, rue Lamartine, PARIS. TÉLÉPHONE 269.45.
 Société coopér. des dent. de Fr., 45, r. de La Tour-d'Auvergne. TÉLÉPH. 223.04.
 Société Française { 58 bis, Chaussée-d'Antin, Paris { Grande exposition, au dépôt
 { de PARIS, de toutes les
 Fournitures Dentaires. { TÉLÉPHONE 214.47. { Nouveautés dans l'outillage de MM. les Dentistes.
 { Adr. télég. : Sociétés.
 V^e J. Wirth (*Manuf. dent.*), 22-24, av. Philippe-Auguste, PARIS. TÉLÉPH. 923.48.

SŒMNOFORME

LE
PLUS RAPIDE

LE
PLUS SIMPLE

LE
PLUS SUR

Une
Anesthésie Générale
INSTANTANÉE
SURE et SANS DANGER

et sans aucun malaise post-opératoire
n'est obtenue que par le

SŒMNOFORME

Le SŒMNOFORME du Dr Rolland, de Bordeaux,
a été administré, par lui-même et avec le plus
grand succès, à plus de 20,000 patients, sans
aucun accident.

En ampoules de 3 et 5 c. c.
pour une dose

Par boîtes de 6 ampoules :
5 Francs.

Flacon simple (60 gr.). 6 fr.
— double (120 gr.). 12 —
Robinet distributeur. 5 —
Un distributeur sert indéfiniment
et peut s'appliquer à tous les flacons.

Le SŒMNOFORME est

En vente dans tous les Dépôts dentaires de Paris & de Province

Dépositaires Généraux pour la France :
Société Française de Fournitures Dentaires

58 bis, Rue de la Chaussée-d'Antin

Adresse Télégraphique :
SOCIÉDENTS-PARIS

PARIS-IX^e

TÉLÉPHONE
214-47

4

**Instruments, Meubles et tous Articles dentaires d'occasion.
ACHAT et VENTE ~ LOUIS, 8, faub. Montmartre.**

TRAITÉ DE CHIMIE
Avec la notation atomique, par LOUIS SERRES, ancien élève de l'Ecole Polytechnique, professeur de chimie à l'Ecole municipale supérieure Jean-Baptiste Say. — Un volume in-8 de plus de 900 pages, avec 225 gravures sur bois intercalées dans le texte. — Prix : 10 francs. — BAUDRY et C°, éditeurs, 15, rue des Saints-Pères, Paris.

×
**LABORATOIRE
SPECIAL DE PROTHÈSE
B. PLATSCHICK**
3
RUE
VENTADOUR
PARIS
222-82. Téléphone, 222-82.

Recommandé : Institut des Langues et des Sciences.
Certificats d'Études exigés des candidats au grade de Chirurgien-Dentiste
187 élèves reçus de 1897 à 1904 dont 78 en 1903 ou 1904, moyenne : reçus 90 0/0 des élèves présentés
200 FR. DU 9 NOVEMBRE A JUILLET, 2 HEURES PAR JOUR
Cours 1^{re} partie, du Baccalauréat de 2 h. à 4 h. tous les jours : 450 fr. l'année scolaire
Directeur : A. DEBRAUX, 17, faub. Montmartre, Paris
Pension avec chambres particulières, prix modérés.

En vente à l'Ecole Dentaire de Paris :
CATALOGUE de la BIBLIOTHÈQUE
de l'Ecole Dentaire de Paris
Par E. BONNARD, avec la collaboration de J. DE CROËS
Prix : un franc. (Port en sus 0,30.)

Comptoir international
D'ARTICLES DENTAIRES
et Maison LEMORL réunis
Dépôt des meilleures marques
15, Avenue Fonsny, 15
BRUXELLES

Photomicrographie histologique et bactériologique
Par J. CHOQUET,
Chirurgien-dentiste D. E. D. P. de la Faculté de Médecine de Paris,
Préparateur à l'Ecole dentaire de Paris
200 pages, 400 gravures et 8 planches en phototypie
Charles MENDEL, éditeur 118, rue d'Assas, PARIS. Prix : 6 francs.

L'administration de L'ODONTOLOGIE,
possédant des collections presque complètes depuis la fondation du journal
(Juin 1881), peut céder à ses lecteurs les numéros dont ils ont besoin.

P. DENNINGER
47, rue des Batignolles, 47
PARIS | **PROTHÈSE à FAÇON**
Fournitures générales pour dentistes.
Spécialité de pièces en or et BRIDGE-WORK

RENSEIGNEMENTS UTILES

La ligne: 20 francs par an, | dans 24 numéros.
Lignes en sus: 10 fr. la ligne |

ALLIAGE DENTAIRE

Contenau et Godart fils, 7, rue du Bouloï, PARIS, TÉLÉPHONE 214.53.

CERTIFICAT D'ÉTUDES.

Institut des Langues et des Sciences. A. Debraux, dir., 17, fg. Montmartre.
 170 élèves reçus (noms et adresses publiés) ces dernières années. Examens de 1903 : 40 élèves reçus sur 50; 1904, 38 élèves reçus sur 46. Les 4/5 du cours de 1901, 1902, 1903 et 1904 reçus. Envoi des noms et adresses des diplômés.

CONTINUOUS GUM

B. Platschick, 3, rue Ventadour (*Laboratoire spécial*). TÉLÉPHONE 222.82.

DENTS XX^e SIÈCLE

D^r Carlier, seul concessionnaire pour la France, 61, rue de Flandre, PARIS.

FOURNITURES GÉNÉRALES.

Comptoir international, 15, avenue Fonsny, BRUXELLES.

Contenau et Godart fils, 7, rue du Bouloï, PARIS. TÉLÉPHONE 214.53.

Cornelsen, 16, rue Saint-Marc, TÉLÉPHONE 218.69.

Colin Logan fils, 113, rue Réaumur, près la Bourse, PARIS. TÉLÉPHONE 288.79.

H. Ningler et Lemesle, 12, rue des Immeubles industriels.

Reymond frères	22, rue Le Peletier, PARIS. TÉLÉPHONE 312.91. 44, place de la République, LYON. 69, rue de la Croix de fer, BRUXELLES. 3, rue Petitot, GENÈVE.
----------------	---

Victor Simon et C^o, 54, rue Lamartine, PARIS. TÉLÉPHONE 269.45.

Société coopérative des dentistes de France, 45, rue de La Tour-d'Auvergne. TÉLÉPHONE 223.04.

Société Française de Fournitures Dentaires.	58 bis, Chaussée-d'Antin, Paris TÉLÉPHONE 214.47. Adr. télég. : Sociétés.	<i>Grande exposition, au dépôt de PARIS, de toutes les Nouveautés dans l'outillage de MM. les Dentistes.</i>
---	---	--

V^re J. Wirth, 22-24, avenue Philippe-Auguste, PARIS. TÉLÉPHONE 923.48.

RENSEIGNEMENTS UTILES

La ligne: 20 francs par an, }
 Lignes en sus: 10 fr. la ligne } dans 24 numéros.

IMPRESSIONS EN TOUS GENRES.

A. Mellottée, imprimeur de *L'Odontologie*, à CHATEAUROUX.
 J. Fanguet, Georges Clotte, successeur, fournisseur de l'*Ecole Dentaire*,
 28, rue d'Enghien, à PARIS.

MATIÈRES OBTURATRICES.

Amalgame Fellowship.	{	Société Française de Fournitures Dentaires. TÉLÉPHONE 214-47.
L'Or Universel.		
Ciment Fellowslip.		

OPALINE, MEUBLES ASEPTIQUES.

L. Deglain, 88 et 92, quai Jemmapes, PARIS.

PRODUITS ANESTHÉSIQUES.

Anestile. Dr Bengué, 47, rue Blanche, PARIS.	{	Société Française de Fournitures Dentaires. TÉLÉPHONE 245.56.
Anesthésique Wilson, Central chemical Co, 34, rue de l'Échiquier, PARIS.		
Hypnoforme (chlorure d'Ethyle spécial).	{	Chevrelin et Lematte, 24, rue Cau- Chloroforme, chimiquement pur.
Somnoforme.		
Stovaine Billon.		

PRODUITS PHARMACEUTIQUES

Adrénaline Clin. Clin et Cie, 20, rue des Fossés-Saint-Jacques, PARIS.	{	Société Française de Fournitures Dentaires. TÉLÉPHONE 214-47.
Ampoules MOREAU pour l' <i>Art dentaire</i> (<i>cocaine, tropacocaine, etc.</i>).		
Ampoules MOREAU à la <i>Stovaine</i> 1 et 2 cc — 2 fr. et 2 fr. 50. Paris, 5, Rond- Point de Longchamp, 45, rue de La Tour-d'Auvergne, Société coopérative.		
Formyl-Géranium.	{	Société Française de Fournitures Dentaires. TÉLÉPHONE 214-47.
Xyléna. Liquide antiseptique.		

PROTHÈSE A FAÇON.

Lalement et Coutif, 5, rue de Laborde (Travaux artistiques). TÉLÉPHONE 550.73.
 Pauchet, 23, rue Lemercier, Paris. Travaux soignés, prix modérés.
 B. Platschick, 3, rue Ventadour (*Laboratoire spécial*). TÉLÉPHONE 222.82.

MANUEL DU CHIRURGIEN-DENTISTE

PUBLIÉ SOUS LA DIRECTION DU DR CH. GODON, directeur de l'Ecole dentaire de Paris
 9 vol. in-18, avec fig. Prix de chaque vol. cartonné . . . 3 francs.
 TOME I^e. — **Notions générales d'Anatomie, d'Histologie et de Physiologie**, par le Dr Paul Maré, 322 p.
 TOME II. — **Notions générales de Pathologie**, par le Dr Auguste Marie, préface du Prof. Lanois, 272 p.
 TOME III. — **Anatomie et Physiologie de la bouche et des dents**, par le Dr E. Sauvez, 2^e édition, 314 p., 78 fig.
 TOME IV. — **Pathologie de la bouche et des dents**, par le Dr Léon Frey et G. Lemerle, 2^e édition, 348 p., 35 fig.
 TOME V. — **Thérapeutique de la bouche et des dents, hygiène buccale et anesthésie dentaire**, par le Dr M. Roy, 2^e édition, 315 p.
 TOME VI. — **Clinique des maladies de la bouche et des dents**, par le Dr Ch. Godon, 2^e édition, 300 p., 50 fig.
 TOME VII. — **Dentisterie opératoire**, par le Dr Ch. Godon, 2^e édition.
 TOME VIII. — **Clinique de prothèse, prothèse dentaire, prothèse orthopédique ou orthodontie**, par P. Martinier, 2^e édition, 320 p., 50 fig.
 TOME IX. — **Clinique de prothèse chirurgicale et restauratrice des maxillaires**, par P. Martinier, 2^e édition.

Librairie J.-B. BAILLIÈRE et Fils, 19, rue Hautefeuille, PARIS

COMPTE RENDU DU 3^e CONGRÈS DENTAIRE INTERNATIONAL

Cette publication a pris une **importance au delà de toute prévision**; aussi a-t-il été nécessaire de faire un 4^e VOLUME, qui est consacré à la fin des assemblées de sections, aux démonstrations pratiques et aux fêtes; il vient d'être envoyé à tous les souscripteurs.

Les COMITÉS NATIONAUX sont invités à faire connaître IMMÉDIATEMENT au *secrétariat général* le nombre d'exemplaires pour lequel ils souscrivent au nom des sociétés, écoles, journaux professionnels, bibliothèques et groupements dentaires de leur pays, au prix de 48 FRANCS POUR LA SÉRIE DES QUATRE VOLUMES (*port en sus*).

Les souscriptions volontaires des sociétés, des écoles ou des individualités sont reçues chez M. Viau, trésorier, 47, boulevard Haussmann, Paris.

AVIS

Pour les besoins de l'enseignement préparatoire de 1^{re} année à l'École dentaire de Paris, un très grand nombre de dents naturelles, cariées ou non, sont nécessaires. En mettant de côté et en nous faisant parvenir toutes les dents dont ils font l'avulsion, nos confrères rendraient service à cet enseignement et nous leur en serions très reconnaissants.

L'ODONTOLOGIE

L'Odontologie est une TRIBUNE LIBRE, où toutes les opinions peuvent se produire ; les signataires gardent l'entièbre responsabilité de leurs appréciations.

DOCUMENTS OFFICIELS

Projet relatif aux Écoles dentaires reconnues d'utilité publique¹.

Commission du service de santé, M. WALTHER, Rapporteur.

Depuis 1887, des services de consultation pour les maladies des dents ont été organisés d'abord dans huit hôpitaux, trois ans plus tard dans douze hôpitaux, et progressivement améliorés dans la mesure du possible. Le personnel médical chargé de ces services fut choisi d'abord parmi les dentistes de la ville, docteurs en médecine. Enfin, en 1901, fut créé un concours pour la nomination des dentistes des hôpitaux.

Actuellement, tous les grands hôpitaux sont pourvus d'un service dentaire et il est juste de dire que les dentistes des hôpitaux qui dirigent ces services s'acquittent de leurs fonctions avec un zèle et une régularité qui ne se sont jamais démentis.

Malgré le dévouement et les efforts de ces chefs de service, les résultats obtenus sont loin d'être en rapport avec tant de bonne volonté et cela tient à l'insuffisance de l'organisation matérielle des services. Si, en effet, dans quelques hôpitaux, comme l'Hôtel-Dieu, Saint-Louis, Saint-Antoine, le local de la consultation est suffisamment spacieux, bien éclairé, pourvu du matériel nécessaire, dans beaucoup d'établissements la consultation a lieu dans une salle étroite, obscure, sans mobilier approprié.

D'autre part, le nombre des consultants augmente chaque jour et il augmentera sans cesse, nous devons le souhaiter. L'éducation de la

¹. Pour faire suite au rapport de M. le Directeur de l'Assistance publique publié dans notre dernier numéro, nous publions aujourd'hui le rapport favorable présenté par M. Walther au Conseil de surveillance de l'Assistance publique sur le projet relatif aux écoles dentaires reconnues d'utilité publique.

classe ouvrière se fait peu à peu et tous, médecins et chirurgiens, nous nous efforçons de faire comprendre à nos malades l'importance capitale des soins de la bouche ; c'est là de la prophylaxie et de la meilleure, si l'on songe au nombre d'affections chirurgicales ou médicales qui peuvent résulter des infections d'origine dentaire ; et, en nous plaçant au point de vue purement administratif, nous pourrions dire qu'en tenant compte du nombre de journées d'hospitalisation qui pourraient être évitées par l'organisation régulière et suffisante des consultations dentaires, toute dépense dans ce sens constituerait une économie beaucoup plus importante.

M. le Directeur général a donc été particulièrement bien inspiré en vous soumettant le projet que vous avez tous lu, et dont je me permets de résumer rapidement les propositions essentielles.

Vous savez que, depuis vingt-cinq ans environ, des Ecoles libres ont été créées, qui ont pris un grand développement, qui ont rendu déjà de très grands services à l'enseignement et, pour mieux dire, ont créé de toutes pièces un enseignement qui n'avait jamais existé dans notre pays. Il est facile de se rendre compte des secours apportés par ces établissements à la classe indigente ; une de ces Ecoles possède un personnel enseignant de 60 membres environ, assisté de 250 élèves ; dans des locaux vastes et absolument bien installés, elle donne chaque jour des soins à un nombre considérable de malades, car les consultations ont lieu tous les jours, même les dimanches et les jours fériés.

Cette École, École dentaire de Paris, reconnue, comme une autre, d'utilité publique, peut être regardée, je crois, actuellement, comme un modèle d'organisation technique. Elle a fait à M. le Directeur une offre précise de soigner gratuitement les malades indigents qui lui seraient envoyés par l'Assistance publique. L'autre École est peut-être disposée à faire de même, nous dit M. le Directeur.

Telle est l'origine de la proposition qui a été faite au Conseil de surveillance et soumise à l'étude de la Commission du service de santé.

Votre Commission a reconnu le grand avantage que trouverait l'Assistance à accepter ce concours des Ecoles dentaires. On pourrait envoyer dans ces Ecoles les malades dont l'affection nécessite des soins spéciaux répétés, qu'il est bien difficile de leur donner d'une façon suivie dans les consultations des hôpitaux, à cause de l'absence d'aides, du nombre considérable de malades et souvent de l'insuffisance de l'installation ; on les y envoie du reste déjà, comme l'a dit à la Commission M. le docteur Rodier, Président de la Société des dentistes des hôpitaux ; on y enverrait tous ceux dont le traitement exige une instrumentation spéciale, compliquée, tous ceux surtout qui ont besoin d'appareils prothétiques. La prothèse, en effet, n'existe qu'à l'état

rudimentaire dans les hôpitaux. Sur bon spécial du Directeur, on délivre chaque année quelques appareils prothétiques, que les dentistes des hôpitaux obtiennent de faire faire par des mécaniciens de la ville. Mais cela est bien peu. Depuis longtemps, déjà, les dentistes des hôpitaux, justement préoccupés de cette insuffisance, ou, pour mieux dire, de cette absence d'organisation, ont demandé la création d'un laboratoire central de prothèse. Les frais que nécessiterait cette création si utile ont toujours fait reculer l'Administration.

La Commission estime que les Ecoles dont je vous ai parlé offrent toutes les garanties que nous sommes en droit d'exiger, et elle demande qu'un chirurgien des hôpitaux, spécialement désigné, y surveille le traitement des malades de l'Assistance publique.

Il est bien entendu que l'accord de l'Administration avec les Ecoles dentaires ne devra en rien modifier les services dentaires des hôpitaux, qu'il est indispensable de les développer et de les installer dans de meilleures conditions. Dès maintenant on peut augmenter le nombre de ces consultations, comme l'ont demandé les dentistes des hôpitaux qui ont offert d'assurer trois consultations par semaine, sans augmentation de traitement. Nous ne pouvons, je pense, qu'accepter cette offre, en constatant le zèle et le soin qu'apportent les dentistes des hôpitaux à assurer les services de consultation, dans des conditions souvent si mauvaises.

En résumé, le concours que nous offre l'École dentaire de Paris nous permet de soulager immédiatement, sans frais, un nombre considérable de malades indigents et nous n'avons vraiment pas le droit de refuser ce concours.

La Commission vous propose, Messieurs, d'adopter les conclusions suivantes :

1^o L'Administration est autorisée à accepter le concours des Écoles dentaires reconnues d'utilité publique pour les soins dentaires à donner aux malades indigents; une subvention annuelle de mille francs pourra être attribuée à chaque Ecole dentaire;

2^o Les malades seront admis au dispensaire des Écoles dentaires pour y recevoir le traitement complet (dentisterie opératoire et prothèse dentaire) que nécessite leur état, sur la présentation d'un bon délivré par les dentistes des hôpitaux ou par les différents chefs de service de chirurgie ou par les médecins de l'assistance à domicile;

3^o L'administration est invitée à améliorer l'installation des consultations dentaires des hôpitaux et à multiplier le nombre de ces consultations.

M. Brouardel appuie les conclusions de M. le rapporteur et dit, qu'en somme, l'Administration va réaliser ce qui a été projeté, il y a plusieurs années, au moment où fut organisé l'enseignement dentaire.

A cette époque, on comptait déjà rattacher les Ecoles dentaires à l'Assistance publique et à la Faculté. Mais, les Ecoles ayant été reconnues d'utilité publique, il devint impossible d'y faire passer les examens. Ceux-ci eurent lieu à l'hôpital, c'est-à-dire dans des conditions matérielles tout à fait insuffisantes ; le troisième examen dentaire, notamment, ne signifie rien par suite de cette insuffisance. En acceptant les offres des écoles dentaires et en annexant celles-ci aux services hospitaliers on réussira donc à développer l'enseignement de l'art dentaire, et ce sera tout bénéfice.

Quant aux dentistes des hôpitaux, leur distinction et leur dévouement sont au-dessus de tout reproche ; mais il serait trop onéreux d'organiser leurs services en vue de l'enseignement et même en vue de toutes les applications que comporte l'art dentaire.

Travaux Originaux

NOTES COMPLÉMENTAIRES SUR L'EMPLOI DE L'ÉRYTHROPHLÉINE CONTRE LA SENSIBILITÉ DE LA DENTINE

Par M. A. AUDY,

Professeur suppléant à l'Ecole dentaire de Paris.

(Communication à la Société d'Odontologie, séance du 14 mars 1905.)

Depuis la communication que j'ai eu l'honneur de faire au Congrès de Grenoble sur les propriétés du chlorhydrate d'érythrophléine, j'ai reçu des confrères qui ont bien voulu essayer l'alcaloïde que j'avais étudié des questions, des remarques et quelquefois presque des observations qui m'ont paru mériter les débats publics de notre Société d'Odontologie.

J'entrerai, sans autre préambule, dans le vif du sujet qui nous occupe en répondant à quelques questions concernant simplement les propriétés curatives du médicament.

On m'a dit : Vous employez un mélange de chlorhydrate d'érythrophléine et d'eugénol pour (employons à dessein un terme vague) anesthésier la dentine ; mais l'anesthésie que vous obtenez provient de l'eugénol et non pas de l'érythrophléine.

A cela je répondrai que les fonctions anesthésiques de l'eugénol sont connues depuis fort longtemps, car je l'emploie couramment comme véhicule de l'acide arsénieux précisément dans le but de diminuer la douleur après l'application du pansement caustique ; mais que, pour voir ce qui dans le mélange d'érythrophléine et d'eugénol appartient à chacun des constituants, il est simple de faire une petite expérience.

Sur un sujet présentant deux caries du collet superficielles et *hypersensibles* (car il y a des individus chez lesquels, elles sont presque indolores) et nettement au début du deuxième degré, appliquez dans l'une le pansement d'eugénol et d'érythrophléine, dans l'autre un pansement d'eugénol pur. Revoyez le malade deux jours après et préparez les cavités pour l'obturation après avoir enlevé les pansements, vous pourrez juger de l'énorme action de l'érythrophléine comparée, — j'ai bien envie de dire — à la nullité d'effet de l'eugénol pur.

D'ailleurs nous verrons plus loin que personne, parmi tous ceux qui ont expérimenté l'érythrophéine, ne s'est plaint du défaut d'anesthésie ; on s'est plutôt plaint de l'excès contraire.

Une autre question m'a été posée : Pourquoi dissolviez-vous l'alcaloïde dans l'eugénol, et non pas dans l'alcool ou l'éther ou un autre dissolvant ?

Cette question, je me la suis posée à moi-même au début ; j'ai même cherché des dissolvants de l'érythrophléine et j'ai trouvé l'eau parmi eux. N'était-ce pas le dissolvant simple et révé ? Eh bien non, et voici la raison : Je dissois pour mon usage personnel 20 centigrammes d'alcaloïde à la fois et cette dose suffit à ma consommation pendant près d'un an. J'aurais employé un dissolvant volatil comme l'éther ou même moins volatil comme l'eau, au bout de huit jours j'aurais eu une variation dans le titre de la solution ; au bout d'un mois il n'y aurait plus eu de dissolvant et j'aurais été obligé de faire, à vue de nez, une nouvelle solution en ajoutant sur mon alcaloïde cristallisé quelques gouttes de liquide. Comme d'autre part le titre de la solution influe énormément sur le résultat, je n'aurais jamais eu deux pansements à doses identiques et par conséquent j'aurais été dans l'impossibilité de comparer les résultats. Il faut de plus que le dissolvant n'arrête pas la pénétration de l'alcaloïde dans la masse de dentine ramollie, et cette raison exclut le corps gras. Pour ces motifs, l'eugénol m'a [paru] le dissolvant de choix.

On m'a dit aussi que l'érythrophléine est un poison excessivement violent.

Oui certes, puisque 2 milligrammes tuent infailliblement une grenouille, mais avec cette quantité vous aurez insensibilisé la dentine de dix caries ; donc les doses employées ne peuvent nullement nuire à l'homme.

Nous allons maintenant aborder un côté plus scientifique du sujet, si l'on veut bien admettre que les remarques ci-dessus concernent la cuisine du médicament.

On m'a dit : l'application du pansement est douloureuse !

— Hélas, ai-je répondu, la douleur est un phénomène subjectif; nous n'avons pas de dolorimètre et je suis obligé de m'en rapporter à l'interrogatoire des malades pour apprécier la quantité de douleur produite par les applications d'érythrophléine.

La vérité m'oblige à dire que dans la moitié des cas seulement le pansement est absolument indolore (j'entends dans les cas types où l'application a lieu sur un deuxième degré au début, hypersensible). L'autre moitié se divise en 90 % qui ont ressenti : la *dent lourde*, de l'*engourdissement* du côté soigné; les malades à teinture scientifique disent une *névralgie lointaine*, soit durant une heure ou deux au début, soit au milieu du séjour du pansement, soit sous forme de douleur intermittente, à exaspération nocturne, etc.; le reste est constitué par les malades qui ont souffert *horriblement* (!!!) Ces derniers cas rares ne présentent aucune cause apparente et ne sont pas non plus d'un pronostic défavorable.

Étant donné que nous avons affaire à un médicament très actif, cette activité impose quelques précautions. La première sera de n'employer l'érythrophléine qu'à doses extrêmement minimes. J'avais déjà insisté sur cette précaution, mais pas assez, il me semble, car tous les confrères qui ont employé ce médicament ont usé au début des doses excessives. Si les mots rendent bien la pensée lorsqu'il s'agit d'aussi petites quantités, j'ai l'habitude de dire d'employer une boulette d'ouate microscopique (au maximum du volume

d'une tête d'épingle métallique) et de charger ce tampon de la quantité de médicament que l'on prend par un simple contact.

De même pour les cavités linéaires, où je préconisais une languette de papier japonais, il faut imbiber le papier du médicament et l'essuyer avant de le placer dans la cavité, de façon à n'avoir comme quantité active que la portion infinitésimale qui a pénétré dans les fibres du papier.

Une autre condition découle de l'extrême activité de l'alcaloïde: c'est de lui laisser une épaisseur de dentine suffisante pour éteindre son action. Il ne faut pas nettoyer une cavité entièrement et, parce que l'on trouve un peu de sensibilité au fond, appliquer pour enlever les dernières portions de dentine ramollie un pansement d'érythrophléine. En agissant ainsi on est certain d'obtenir une irritation de la pulpe qui mettra quelque temps à se dissiper.

L'érythrophléine a pour but de permettre le traitement des caries à dentine hypersensible et il ne faut pas confondre l'hypersensibilité, phénomène pathologique, avec la sensibilité propre à la dentine lorsqu'on approche de la pulpe, phénomène physiologique. Deux phénomènes de processus différent ne sont pas justiciables du même traitement.

Aussi maintenant que j'ai vu la confusion que l'on a tendance à faire, ai-je soin de recommander de n'appliquer l'érythrophléine que sur une couche considérable de dentine. Et même si vous voulez comme dans les dents temporaires employer l'érythrophléine pour enlever la pulpe, il est préférable de faire agir le pansement sur une couche de dentine plutôt que directement sur la pulpe.

A un autre point de vue il faut admettre que les échanges à travers la dentine étant retardés par la densité des tissus, l'alcaloïde mettra un certain temps à s'éliminer, et si plus haut nous avons vu qu'il fallait employer des doses extrêmement minimes, il ne faudra pas non plus ajouter ces doses les unes aux autres et appliquer deux fois *de suite* un pansement d'érythrophléine sur la même dent.

Si pour une cause quelconque le pansement n'a pas agi (la plupart du temps c'est parce que la salive a pu dissoudre et balayer l'alcaloïde, le pansement de gutta n'étant pas étanche), il faut laisser la dent se reposer dix à quinze jours avant de faire une nouvelle application.

De même, il ne faut pas laisser séjourner l'alcaloïde trop longtemps dans une cavité, quarante-huit heures paraissent le maximum.

Je crois avoir précisé autant qu'il est possible la technique à suivre pour obtenir de bons effets du pansement d'erythro-phléine. Comme conclusion je ne puis que vous prier, sous réserve des recommandations que je viens de développer, de vous reporter aux conclusions que je formulai en août dernier à la suite de ma communication sur ce sujet au Congrès de Grenoble.

PROTHÈSE RESTAURATRICE

Par M. LECONTE,

Démonstrateur de prothèse restauratrice bucco-faciale à l'École dentaire de Paris.

(*Communication à la Société d'Odontologie, séance du 18 janvier 1905.*)

La malade que j'ai l'honneur de présenter ce soir a été adressée à la clinique de prothèse restauratrice de M. Delair, le 28 octobre 1904, par notre confrère M. Hugot. Cette malade a été opérée le 21 septembre 1904 pour une tumeur des mâchoires dont nous ne connaissons pas la nature et siégeant au niveau du maxillaire supérieur droit.

L'intervention chirurgicale a nécessité la résection du maxillaire supérieur droit ; il n'existe donc plus de bord alvéolaire de ce côté : une large brèche de forme ovalaire de 35 millimètres de long sur 25 millimètres de large établit une vaste communication entre la cavité buccale et les fosses nasales. Le maxillaire supérieur gauche n'a pas été touché par l'intervention et l'on y constate la présence des incisives centrale et latérale, de la canine et de la seconde prémolaire. L'alimentation et la phonation devinrent très difficiles à la suite de l'ablation de cette tumeur et la malade, pour parer aux troubles que lui causait cette brèche, y remédiait en la bouchant à l'aide d'un gros tampon de coton.

Je pris aussitôt une empreinte de la bouche et j'obtins ainsi un modèle qui me permit de combiner l'appareil approprié. J'avais pour problème la construction d'un appareil volumineux, lequel, établi d'après les données courantes, aurait été d'un poids considérable ; sa rétention aurait nécessité l'application de ressorts l'unissant à un appareil inférieur. Comme je désirais éviter cette complication d'un appareil inférieur et de ressorts, je décidai de construire un appareil entièrement creux : la difficulté du poids disparaissait et par suite la rétention devenait plus facile.

Il importait tout d'abord de prendre une empreinte aussi

exacte qu'il était possible de la cavité créée dans la mâchoire supérieure par l'intervention chirurgicale.

Je pris cette empreinte en deux parties et à l'aide de godiva de deux numéros différents. Je pris d'abord l'empreinte de la partie interne de la cavité, je refroidis cette première empreinte que je façonnai ensuite en surface plane suivant le grand axe de la cavité et en ménageant une encoche en son milieu, ces différentes parties étant dépourvues de l'empreinte remise en position. A l'aide de godiva plus mou, je pris l'empreinte de la partie externe ; du côté interne ce godiva vint se mouler sur les surfaces de la première empreinte.

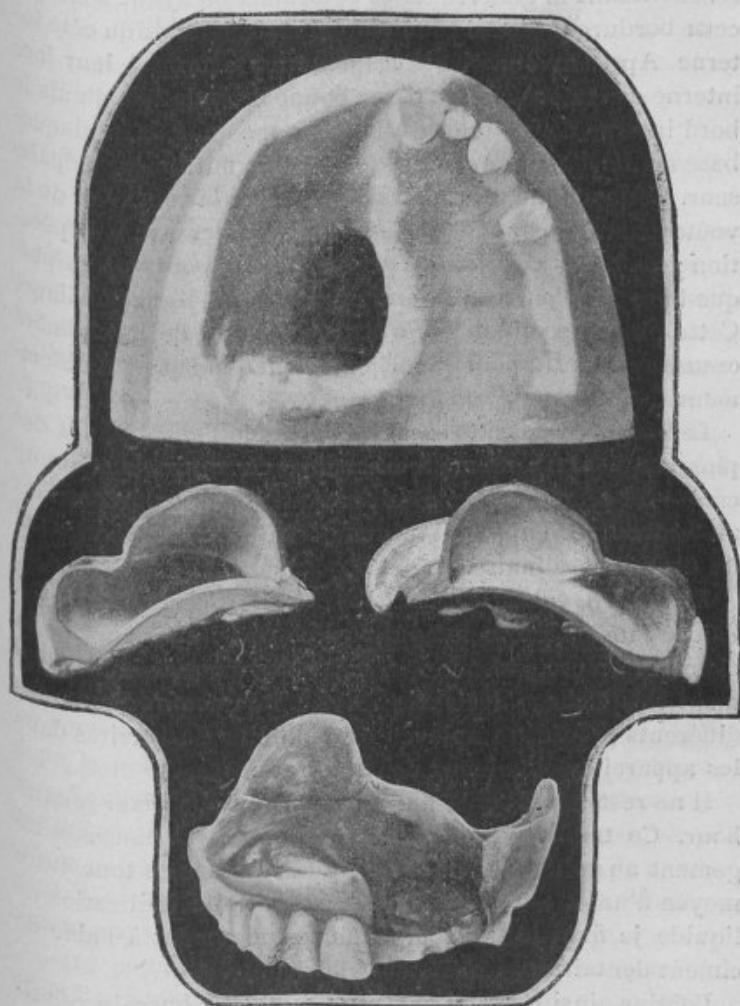
Après refroidissement, je retirai successivement ces deux empreintes partielles que je façonnai du côté buccal de manière à reconstituer à peu près la concavité de la voûte palatine. Après avoir remis en position les empreintes partielles, je pris l'empreinte buccale proprement dite à l'aide du plâtre.

Le modèle coulé, je modelai dans la cavité un tambour en cire d'une épaisseur d'un millimètre environ dont les bords venaient affleurer la voûte palatine ; j'exécutai ensuite ce tambour en caoutchouc noir.

Puis je modelai une plaque-base en cire de même épaisseur, sur toute la surface de ce modèle, laquelle venait servir les bords du tambour sur une hauteur de deux millimètres à la manière d'un verre de montre enchâssé dans son armature. Du côté gauche je fis remonter cette plaque-base le plus haut possible de façon à embrasser toute la crête alvéolaire pour obtenir la rétention de l'appareil ; de ce côté je montai en même temps les dents nécessaires.

Du côté droit j'étendis cette plaque-base le plus possible vers la joue, de façon à lutter contre les brides cicatrielles qui allaient se produire. Après avoir enlevé le tambour, je mis en plâtre cette base, munie de dents du côté gauche seulement, et que l'on peut appeler le plancher de l'appareil. Le bourrage fut exécuté en caoutchouc noir.

Il me restait à reconstituer l'arcade dentaire du côté droit et à rendre à la voûte palatine la forme primitive.



La figure supérieure représente le moulage de la cavité buccale et de la perte de substance.
Les deux figures du milieu montrent une section de l'appareil passant entre l'incisive latérale et la canine.
La figure inférieure reproduit l'appareil terminé.

Je montai donc des dents plates sur une bordure en cire reconstituant la gencive de ce côté, mais en ayant soin que cette bordure fût aussi réduite qu'il était possible du côté interne. Après avoir articulé ces dents et façonné à leur face interne des talons en vue d'une bonne articulation, j'unis le bord interne de ces talons à la ligne médiane de la plaque-base au moyen d'une plaque de cire d'un millimètre d'épaisseur. Cette plaque reproduisait à peu près la concavité de la voûte palatine comme elle avait dû exister avant l'opération ; ses bords venaient se perdre sur les bords de la plaque-base à la partie postérieure et sur la ligne médiane. Cette plaque semblait donc être le plafond de la chambre creuse qui avait pour plancher la plaque-base précédemment décrite.

Le bourrage de cette seconde partie de l'appareil fut des plus simples. Au moment de la mise en plâtre, la chambre creuse fut remplie de plâtre par l'ouverture correspondant au tambour et l'appareil mis en plâtre comme un appareil de prothèse ordinaire.

L'appareil vulcanisé, je débarrassai très facilement à l'aide d'une spatule le plâtre occupant l'intérieur de la chambre creuse, puisque l'orifice du tambour était relativement très vaste ; j'avais ainsi évité les inconvénients des différents procédés employés pour obtenir des cavités dans les appareils volumineux de restauration.

Il ne restait plus qu'à finir l'appareil et à y fixer le tambour. Ce tambour entrat à frottement serré dans son logement au point que l'on aurait pu se passer de tout autre moyen d'union ; néanmoins pour éviter toute infiltration de liquide je fixai le tambour dans son logement à l'aide de ciment dentaire préparé assez clair.

J'obtins ainsi un appareil de restauration buccale relativement volumineux et du poids restreint de 25 grammes. Actuellement la mastication et la phonation sont normalement rétablies et il n'existe aucune déformation du côté de la joue.

LE DENTISTE FONCTIONNAIRE AUX COLONIES

Par M. COSSAS, d'Hanoï, D. F. M. P., D. E. D. P.

Chargé du service dentaire à l'hôpital d'Hanoï.

(Communication à la Société d'Odontologie, séance du 13 mars 1905.)

Invité, un peu à l'improviste, à vous parler du rôle et de la situation du chirurgien-dentiste aux colonies, je me sens incapable de traiter un tel sujet sans documentation précise et sans une préparation suffisante avec toute l'ampleur qu'il mérite. Je me bornerai donc aujourd'hui à vous exposer en quelques mots, d'après l'expérience personnelle d'un séjour de six ans en Indo-Chine, la situation faite au dentiste dans cette colonie et ce qu'il faudrait obtenir, selon moi, pour que cette situation devint digne de notre École dentaire.

Est-il besoin de faire justice des préjugés encore trop répandus qui font considérer l'Indo-Chine par beaucoup de nos compatriotes comme un pays de sauvages, d'accès difficile et où l'existence précaire de rares Européens est sans cesse exposée à une foule de dangers? Je ne le pense pas, car vous savez tous que l'Indo-Chine est une des plus belles, sinon la plus belle, de nos possessions coloniales, qu'en dehors d'une population de 25 millions d'indigènes, elle compte une population de 30.000 Européens. L'élément militaire et marin entre pour les deux tiers dans ce chiffre, le dernier tiers étant composé de fonctionnaires, et de rares colons ou commerçants.

Cette population européenne est concentrée dans des villes de jour en jour plus importantes et plus prospères, et les habitants de Saïgon, de Hanoï et de Haïphong, mènent, pour la plupart, un train de vie agréable et souvent même luxueux, que ne soupçonnent pas leurs trop casaniers compatriotes métropolitains. Tel n'est pas le cas de tous, je dois le reconnaître, et l'élément militaire, le plus intéressant pour

nous, celui dont je m'occupe particulièrement ici, n'est pas riche. La solde, augmentée de quelques petits suppléments coloniaux, est bien maigre, étant donné que, si l'unité monétaire est la piastre, valant environ 2 fr. 50 de notre monnaie, le commerçant, fournisseur obligé, porte sur ses factures la piastre au lieu du franc.

Pour soigner les Européens, l'Administration, en mère prévoyante, pour ses fonctionnaires, a organisé les services officiels les plus divers, hôpitaux, maternités, etc., elle a ses médecins, ses sages-femmes, ses pharmaciens, ses vaccinateurs, ses vétérinaires, etc. ; seul, le dentiste officiel n'existe pas, comme si l'on ne voulait pas tenir compte des études nécessaires aujourd'hui pour obtenir le titre de chirurgien-dentiste.

C'est dans ce milieu que je me trouvai appelé en 1898 pour occuper le poste de chirurgien-dentiste de la municipalité de Saïgon. Moyennant une rémunération annuelle de 2.000 francs, je devais donner mes soins à une trentaine de fonctionnaires civils de la municipalité et visiter hebdomadairement les élèves de l'École municipale. Il m'était permis de me créer, au dehors, une clientèle facile à trouver dans l'élément européen, car l'indigène, malgré tous nos efforts, vient très lentement à notre hygiène, et, sauf quelques mandarins, l'indigène préfère, en général, les soins empiriques de ses rebouteurs. Je délaissai cette clientèle, préoccupé par l'idée de faire reconnaître officiellement par les autorités compétentes l'utilité et la nécessité de la création, à l'hôpital, d'une clinique dentaire accessible à tous les fonctionnaires. Encouragé en cela par quelques médecins, je proposai au gouverneur général, M. Doumer, la création de cette clinique.

Malgré les appuis que je trouvai auprès d'hommes éclairés, auxquels je tiens à rendre hommage, et je citerai ici, MM. les chefs de service de santé Hénaffe, Clavel, Rangé, Delrieu, Péthélaz, cette création ne se fit pas sans difficulté; j'eus à lutter contre toutes sortes de préventions à un tel point qu'une fois mon service créé je vis

une haute personnalité me demander très tranquillement, au vu de mon titre de Faculté, « si je n'en étais pas le fabricant » !

Après bien des efforts, j'arrivai à installer une clinique pourvue des instruments spéciaux que j'avais fournis. Je ne tardai pas, ayant bénévolement traité quelques militaires, à élargir, dans un but humanitaire, cette clinique en accordant *l'accès gratuit* à tous les militaires et marins. Le résultat fut merveilleux ; d'année en année, le chiffre des consultations augmenta ; des soins spéciaux, donnés dans de nombreux cas particuliers, évitèrent au service de santé militaire la réforme d'individus encore capables de fournir un bon service. Et j'arrivai ainsi à faire tomber tous les préjugés. Il me fut cependant impossible d'obtenir qu'il fût fait au chirurgien-dentiste la situation officielle que possédaient les autres fonctionnaires.

On me fit alors aller au Tonkin, pour organiser le même service. Dès mon arrivée, j'installai à Hanoï, dans les mêmes conditions qu'à l'hôpital de Saïgon, une clinique dentaire. Le résultat fut le même, car nombreux sont nos soldats qui, éprouvés par les campagnes, les privations et aussi par l'alcool, ont besoin de soins spéciaux pour leur permettre de maintenir leur dentition en bon état.

Le nombre des militaires de toutes catégories, âgés de 21 à 39 ans, qui ont été traités à notre clinique soit à Saïgon, soit à Hanoï, depuis l'installation de ce service, atteint 2.500. Ce chiffre est assez éloquent et atteste qu'il serait nécessaire d'organiser le service dentaire aux colonies d'une façon officielle. Les Anglais, les Allemands, les Américains, mieux avisés, l'ont compris : ils attachent des chirurgiens-dentistes à leurs corps d'expéditions coloniales.

La création, dans nos colonies, de pareils emplois, qui pourraient aller de pair avec les médecins de colonisation, ne grèverait pas le budget d'une somme bien lourde : la solde de début pourrait être de 5.000 francs, permettant au titulaire de s'assurer un noyau de clientèle. Cette dépense serait amplement compensée par l'économie qui résulterait

du maintien dans la colonie d'hommes que l'on ne peut soigner et que le service de santé se voit obligé d'envoyer en convalescence en France. En un mot, au lieu d'une dépense, il en résulterait une véritable économie d'hommes et d'argent.

Vous avez tous présente à la mémoire la récente circulaire du ministre de la Guerre, provoquée par les rapports du directeur du service de santé de l'Indo-Chine ; c'est le premier pas de fait, et bien que ce soit celui qui coûte le plus, il y aura encore beaucoup à faire contre l'inertie des bureaux avant d'obtenir l'organisation rationnelle des chirurgiens-dentistes militaires, organisation qui leur donnerait, avec l'assimilation voulue, les droits acquis par leurs études, car je ne puis croire qu'aucun de vous accepterait jamais d'être employé comme infirmier chargé du service dentaire dans un régiment. J'ose espérer qu'il ne viendra à personne l'idée de méconnaître ainsi la valeur scientifique des chirurgiens-dentistes formés par l'École dentaire de Paris, et que celle-ci obtiendra qu'il soit assuré à ses représentants aux colonies une situation digne d'elle et d'eux-mêmes.

Travaux de l'Étranger.

LA MOLAIRE PRINCIPALE CHEZ L'HOMME, SES RELATIONS
AVEC LES AUTRES DENTS¹

Par le Dr E. A. BOGUE, de New-York.

(2^e article, *suite et fin.*)

Les deux cas (fig. 8) représentent la position de la molaire principale en avant de ce qu'elle devrait être et une diminution conséquente

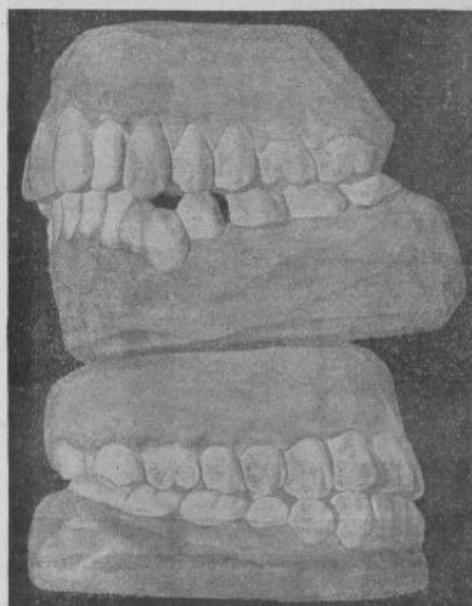


Fig. 8.

d'espace dans le maxillaire inférieur, qui a pour effet de rejeter la première bicuspidé quelque peu bien en dehors de la ligne dans le modèle supérieur, tandis que la cuspide est tournée sur elle-même et rejetée en dedans.

Dans le modèle inférieur le mouvement en avant a été étendu aux

¹. V. *L'Odontologie* du 30 mars, p. 335.

cuspides et aux incisives en donnant à la jeune personne une partie antérieure du maxillaire inférieur un peu carrée.

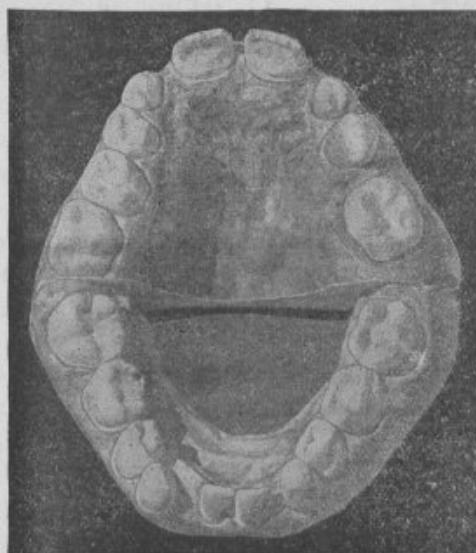


Fig. 9.

Les deux figures suivantes 9 et 10 représentent les modèles d'un en-

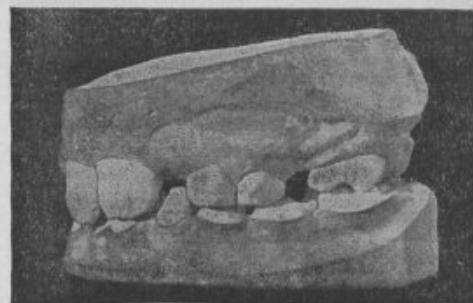


Fig. 10.

sant âgé de 3 ans en mai 1900. La molaire supérieure est avancée d'un peu plus d'une pointe de ce qu'elle devrait être par rapport à la molaire inférieure. Dans ce cas la deuxième molaire supérieure tem-

poraire était tombée de sa place beaucoup trop tôt et la molaire supérieure permanente était dans la position qu'elle occupe sur le modèle quand cette empreinte fut prise. Une ligature fut employée pour ramener cette molaire supérieure à sa place. A cette époque les molaires commencèrent leur éruption et offraient l'aspect qu'elles ont dans les deux figures suivantes 11 et 12.

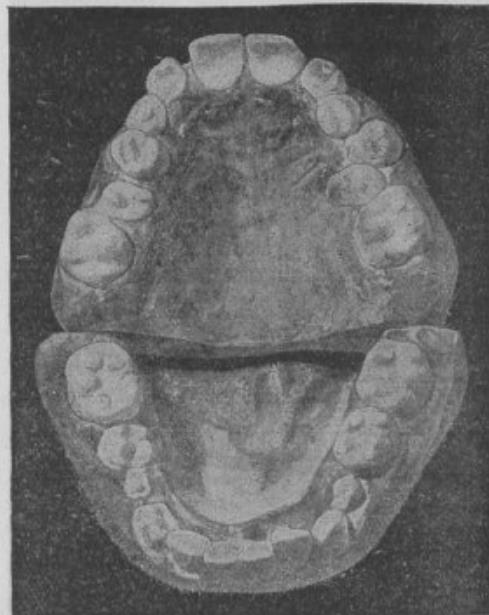


Fig. 11.

En réussissant à ramener la molaire à sa position convenable, les bicuspides de chaque côté de la bouche furent aisément ramenées à leur place en dix jours environ. Des plaques de rétention furent maintenues en position jusqu'à ce que l'engrènement des pointes des dents supérieures et inférieures entre elles fût suffisant pour les tenir en place, de sorte que la forte pression exercée par la langue d'un côté et la pression plus légère, mais continue, des lèvres et des joues sur les côtés extérieurs complétât la forme oblongue des deux arcades ; le résultat est ce que nous voyons dans les modèles du cas terminé que je vous montre également (fig. 13 et 14).

La figure 15 met en opposition les deux modèles avant et après les opérations de correction de la malocclusion.

Le point sur lequel votre attention a été particulièrement, quoique

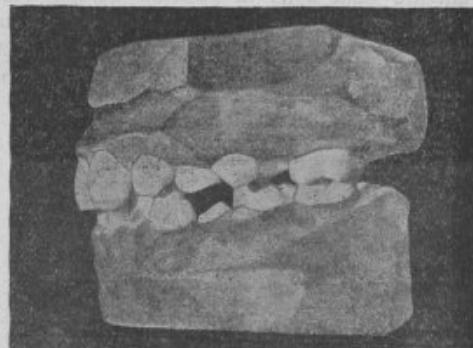


Fig. 12.

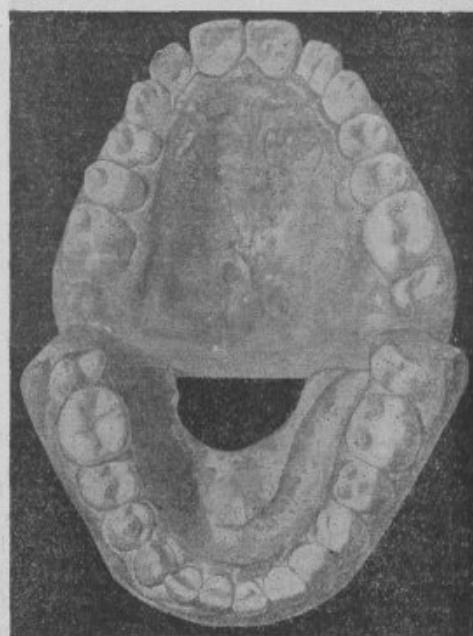


Fig. 13.

que indirectement attirée pendant toute cette description, c'est que l'enlèvement d'une dent ou de plusieurs de l'une des arcades ne peut

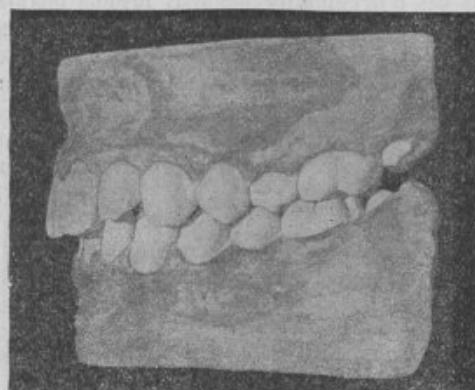
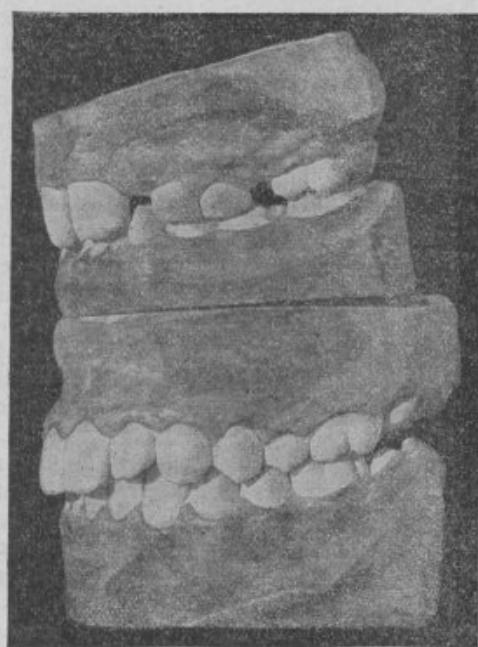


Fig. 14.



plus à corriger une irrégularité de ce genre. J'appelle votre atten-

tion sur cette affirmation après que vous aurez lu ce mémoire. Je puis concevoir des cas d'irrégularité négligés jusqu'à maturité, quelque peu modifiés par l'enlèvement d'une dent, quoique un certain dommage leur soit infligé ; mais je ne puis concevoir un cas où l'extraction de quatre dents serait suffisamment avantageuse pour compenser le préjudice supplémentaire causé. Il n'est d'ailleurs jamais bon d'exaire des dents permanentes aux enfants ou aux personnes jeunes. Toutes les corrections nécessaires d'irrégularités peuvent être faites plus promptement et plus aisément pour les gens jeunes avec toutes les dents en place.

Quand on considère avec soin cet engrenage des dents supérieures avec les dents inférieures, on reconnaît que la perte d'une quantité de substance égale à celle que produirait une lime mince en passant entre les dents cause un dommage difficile, sinon impossible à réparer complètement. D'autre part, des dents qui sont irrégulièrement placées sont sujettes à être ramenées dans leur position convenable, avec les dents restantes toutes en position pour aider à les y maintenir, beaucoup plus rapidement qu'elles ne sont sujettes à être amenées à des places auxquelles elles n'appartiennent pas originellement. Dans le premier cas l'alvéole cède considérablement, se soumet à l'absorption quelque peu et les dents sont amenées dans leurs propres arcades et leur contact mutuel entre elles et sont maintenues par des forces naturelles parmi lesquelles se trouve leur propre engrènement avec les dents antagonistes du maxillaire opposé. Dans le dernier cas, quand les dents ont été extraites, les dents à régler sont poussées contre une paroi alvéolaire qui était destinée à les contenir pendant toute la vie. La force exigée et le temps passé à les ramener dans des positions improches sont beaucoup plus grands que ceux qu'il aurait fallu si toutes les dents étaient restées dans leurs relations mutuelles propres. On emploie souvent deux à trois ans pour obtenir seulement une régularité médiocre sans aucune occlusion convenable et sans possibilité de mastiquer convenablement la nourriture prise.

J'appelle maintenant votre attention sur la leçon que nous pouvons tirer de ce qui précède.

Nous pouvons, vers l'âge de 7 ans, peut-être plus tôt, prédire exactement si les molaires et les bicuspides d'un enfant sont menacées ou non d'irrégularités. Nous pouvons aussi, dès que les premières molaires sont assez développées pour y fixer des anneaux ou fixer un coin entre ces dents et les molaires temporaires, corriger avec certitude et sans douleur ces irrégularités.

Le modèle supérieur ci-dessus (fig. 16) montre la bouche à 6 ans avec les premières molaires permanentes sorties et légèrement en contact, occupant leur position normale, c'est-à-dire la molaire inférieure une pointe en avant de la supérieure. Les dents temporaires sont à

leurs places et il n'y a rien ni de particulièrement remarquable ni exigeant de l'attention. Dix mois après le modèle inférieur fut pris. Nous y remarquons la molaire supérieure avancée d'une pointe en avant de la position qu'elle devrait occuper. Les quatre dents temporaires du haut et du bas sont encore en place ; mais celles du haut ont été poussées en avant de la position qu'elles occupaient dix mois

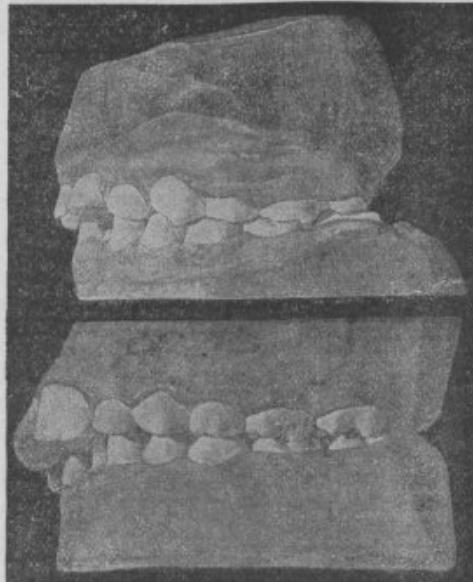


Fig. 16.

auparavant. Les incisives permanentes centrales ont fait éruption et sont à un angle en forme de V à 50 mm. en avant de l'endroit où elles devraient être. Comment ce prognathisme extrême du maxillaire supérieur a-t-il pu se produire en si peu de temps et pourquoi ? Que faire pour le corriger et quand le corriger ?

Voici une vue de face (fig. 17) de la même bouche, prise aux mêmes dates que la précédente et montrant très clairement la bonne occlusion des temps temporaires avant la croissance des molaires permanentes et la malocclusion de ces dents quand les molaires permanentes ont finalement fait éruption à la longueur donnée dans la figure.

Ces modèles me représentent un sujet respirant par la bouche et une légère diminution de largeur dans la région des cuspides, qui rendait incommodé à l'enfant la fermeture des dents naturellement ;

de sorte qu'il acquit l'habitude de fermer d'un côté seulement. Pendant cette période les molaires supérieures permanentes descendirent et ne prirent pas leur occlusion convenable avec les dents inférieures et prirent ainsi une position en avant de celle qu'elles auraient dû avoir. A moins qu'on n'y remédie, cela causera certainement une

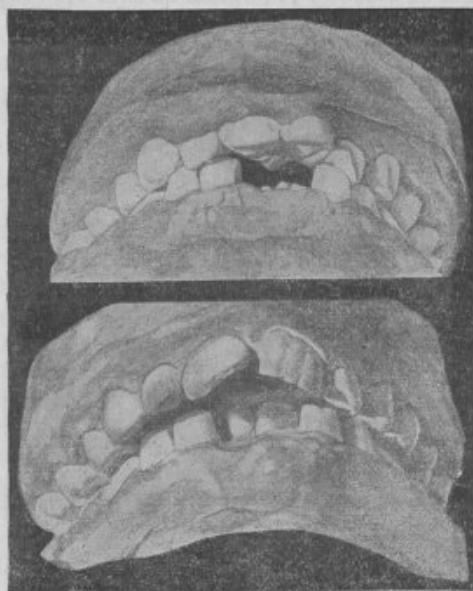


Fig. 17.

irrégularité parmi les dents en avant de ces molaires à cause du manque d'espace les empêchant de faire éruption dans leur position convenable.

Je suis convaincu que si les principales molaires peuvent être remises dans leur propre position relative lors de leur éruption ou peu après, aucune des dents masticantes n'éprouvera jamais d'irrégularité sérieuse. Les irrégularités se produisant dans la région incisive sont très aisées à corriger pourvu que les molaires principales soient dans leurs positions convenables.



REVUE DE L'ÉTRANGER

L'A B C DES COURONNES ET DES BRIDGES

Par FRED. A. PEESO, D. D. S., de Philadelphie.

Extrait et traduit du *Dental Cosmos*¹, par M. GODON (7^e article).

Empreintes et modèles.

L'état des dents et de la bouche étant satisfaisant, on prépare les arcs-boutants destinés à recevoir les couronnes et les bridges. Cette partie du travail ayant déjà été décrite dans un article précédent (voir *Cosmos* de janvier 1903, page 43, et *L'Odontologie* du 30 septembre 1904, page 346), nous procéderons à la prise de l'empreinte, au coulage du modèle et à sa préparation.

Il faut en général faire un modèle en plâtre de la bouche et examiner soigneusement toutes les conditions avant de prendre une décision, si ce n'est toutefois dans les cas très simples, c'est-à-dire ceux pour lesquels un coup d'œil suffit à l'opérateur pour se rendre compte de ce qui doit être fait. Dans ce but, on prend une articulation rapide avec une substance à modelage ou de la cire, en employant suffisamment de substance pour comprendre toutes les dents. On l'étend en arrière jusqu'au delà des molaires et l'on prie le patient de serrer fortement les dents ; puis avec les doigts on presse la substance contre les côtés labiaux ou buccaux des dents et des gencives. On refroidit l'empreinte avec de l'eau au moyen d'une seringue ou bien on place au voisinage de l'empreinte des petites serviettes mouillées d'eau glacée. Une fois l'empreinte durcie, on peut l'enlever et couler un modèle de la bouche, suffisamment accentué pour permettre à l'opérateur de déterminer ce qu'il est préférable de faire dans le cas en question.

Pour un modèle de ce genre, une articulation de plâtre est suffisante ; mais s'il s'agit d'un cas très compliqué, il faut monter le modèle sur un articulateur anatomique, de façon qu'on puisse l'étudier sous tous les rapports, spécialement en ce qui concerne l'articulation dans les différents mouvements de la mâchoire.

Pour faire une articulation de plâtre, on coule d'abord la moitié inférieure, en laissant le plâtre s'étendre en arrière de l'empreinte de

¹. *Dental Cosmos* de janvier 1903 à juin 1904. V. *L'Odontologie* des 30 novembre, 15, 30 décembre 1904, 30 janvier, 15 et 30 mars 1905.

deux pouces, et pendant qu'il est encore mou, on y presse une plaque de séparation n° 2 qu'on laisse pendant quelques minutes, jusqu'à ce que le plâtre ait durci ; après quoi, on l'enlève et on recouvre la surface sillonnée d'un corps isolant, puis on coule la moitié supérieure.

Pour les travaux d'exécution, on doit le plus souvent prendre l'empreinte avec du plâtre très fin. On ne doit jamais employer de substance à modelage ou de cire pour prendre l'empreinte de modèles d'exécution, sauf dans quelques cas spéciaux que nous indiquerons plus loin.

Si le modèle présente des espaces en queue d'aronde ou des parties qui ne soient pas de dépouille, ni la cire ni aucune substance à modelage ne donnent une empreinte exacte ; mais, avec le plâtre, l'état ou la position des dents ne fait rien à la chose ; un modèle coulé d'après une empreinte au plâtre prise avec soin donne une reproduction exacte que l'on ne peut obtenir d'aucune autre façon.

Il faut aussi prendre l'articulation avec du plâtre. L'avantage de prendre en même temps une empreinte et une articulation au plâtre réside dans l'exactitude parfaite des rapports des dents supérieures et des dents inférieures qui se trouvent ainsi assurés. Quand on prend l'articulation de cette façon, il est possible de construire et d'articuler un bridge ou une couronne si parfaitement que, lorsqu'on les enlèvera du modèle, ils soient terminés et n'aient pas à être retouchés pour corriger l'articulation une fois dans la bouche.

Quand on emploie le plâtre pour l'empreinte et la cire pour l'articulation, on se trouve obligé neuf fois sur dix d'articuler l'appareil une seconde fois dans la bouche. Il faut alors l'enlever et le renvoyer au laboratoire pour le retoucher et le polir de nouveau ; si on le termine dans la bouche, on n'obtient pas d'aussi bons résultats. Les cuspides et les fissures qui sont nécessaires dans la fonction de mastication sont effacés en partie ou totalement, et l'utilité et la beauté de l'appareil se trouvent tout au moins endommagées.

L'articulation de cire a tendance à s'étirer quelque peu quand on l'enlève de la bouche et il faut en général la tailler en différents endroits avant de la mettre en place sur le modèle. Il est presque certain qu'elle s'allonge différemment suivant les points, et les rapports entre les dents supérieures et les dents inférieures ne sont pas les mêmes que dans la bouche.

Quand on emploie du plâtre, l'articulation n'est pas modifiée par l'étiement de la substance comme avec la cire et les rapports des dents se trouvent exactement reproduits. Il est bon de colorer légèrement le plâtre à empreinte ; cela facilite la séparation ; la différence de coloration permet de distinguer instantanément l'empreinte du modèle. Chaque fois qu'on ajoute une quantité de plâtre, on y répand un peu de carmin pulvérisé qui donne une teinte chair ou rose quand on le délaye. Une autre chose très appréciée par le patient est de donner du goût au plâtre. Quelques gouttes d'eau de Cologne répandues dans l'eau avant de la mélanger au plâtre lui communiquent une odeur et une saveur agréable ; la prise de l'empreinte est ainsi une opération beaucoup plus agréable pour le patient. Cela contribue souvent à éviter les nau-

sées qu'éprouvent beaucoup de patients quand on leur prend l'empreinte au plâtre sans y rien ajouter.

Des petites choses de ce genre font bonne impression sur l'esprit du malade en faveur de l'opérateur et sont souvent les procédés qui lui ouvrent la voie pour passer d'une situation moyenne à une situation lucrative. On ne doit rien négliger pour que le traitement s'effectue plus facilement et d'une façon plus agréable pour le patient.

Pour les endroits où se trouve une couronne d'or ou pour l'une quelconque des dents postérieures, s'il reste assez de la dent pour prendre une empreinte exacte et si la dent est bien taillée, on a plus d'avantage à faire l'anneau et à l'ajuster sur le modèle que dans la bouche.

On peut prendre l'empreinte des arcs-boutants de la manière ordinaire avec du plâtre et, une fois le modèle prêt, exécuter les anneaux et les ajuster, puis les placer dans la bouche et prendre l'empreinte et l'articulation. Avec un bon modèle et de l'expérience, une seule empreinte et une seule articulation suffisent. Tout le travail d'un bout à l'autre peut être effectué sur le modèle, de façon qu'à la deuxième visite du patient ce soit prêt pour la bouche.

Il est toujours préférable d'en faire le moins possible dans la bouche; car malgré l'habileté de l'opérateur et son habitude des couronnes, cela ne produit pas une bonne impression de recommencer plusieurs fois à tailler et à ajuster la couronne, et, ce qui est certain, c'est qu'on occasionne au malade beaucoup de souffrance inutilement.

Une fois l'empreinte prise, il arrive souvent que le patient l'examine et dit : « Je me demande vraiment ce que vous pouvez tirer de cela »; mais si, au bout de quelques jours, il constate qu'un bridge parfaitement articulé et admirablement terminé a été construit d'après l'empreinte, cela lui paraît magique et le dentiste s'élève aussitôt de 100 % dans son estime. Il n'y a rien de tel qu'un bridge bien exécuté et allant parfaitement pour gagner aussi vite et aussi sûrement la confiance.

Il se peut que le patient admire une belle aurification, mais un bridge construit sur quelques dents ou racines cassées et restaurant une portion de denture inspire plus de confiance que toute autre opération.

Prise de l'articulation.

Le succès d'un bridge dépend beaucoup de l'articulation; aussi faut-il prendre soin de s'assurer une articulation correcte. Avant d'introduire le plâtre, on fait ouvrir et fermer la bouche plusieurs fois au patient et l'on examine les dents qui ne doivent pas se trouver prises dans l'empreinte pour savoir quelle est au juste l'occlusion correcte.

Comme tous les dentistes en ont fait l'expérience, il est quelquefois impossible de faire fermer convenablement la bouche au patient. La mâchoire inférieure a tendance à avancer ou à dévier à droite ou à gauche aussitôt que le plâtre se trouve dans la bouche.

Si, pendant que la bouche est ouverte, le bout de la langue est placé en arrière au centre de la partie molle du palais et y est maintenu pendant qu'on ferme la bouche, il est impossible que le patient donne une mauvaise articulation; en effet, si la mâchoire inférieure avançait ou était rejetée de côté, le bout de la langue se déplacerait simultanément.

Une fois ces indications données au patient, on peut prendre l'empreinte.

On met un peu de sel ou de sulfate de potassium pour activer le durcissement du plâtre ; mais pour les grandes empreintes, on n'en emploie que très peu ou même pas du tout ; dans ces cas-là, le plâtre serait durci avant qu'on eût le temps de l'appliquer convenablement dans la bouche.

Il faut bien délayer le plâtre et quand on constate qu'il est suffisamment pâteux pour ne pas tomber de la spatule lorsqu'on la retourne, c'est qu'il est prêt pour la bouche.

Les dents que l'on utilise doivent être bien recouvertes ; on enveloppe quelques-unes des dents voisines et on remplit de plâtre les intervalles qui séparent les arcs-boutants. On recouvre aussi les surfaces occlusales des dents opposées de l'autre mâchoire ; puis on fait fermer la bouche au patient en lui recommandant de ne pas déplacer les mâchoires jusqu'à ce que le plâtre ait durci.

On examine soigneusement les dents qui ne sont pas comprises dans l'empreinte, afin de se rendre compte si le patient a donné une occlusion correcte.

Au moyen d'une spatule mouillée, le plâtre peut être aplani et pressé autour des dents et des gencives sur le côté labial ou buccal. On laisse l'empreinte dans la bouche jusqu'à ce que le plâtre soit complètement durci. Quand le plâtre qui reste dans le bol se casse net et qu'on ne peut plus exprimer de liquide en pressant avec les doigts, on peut enlever l'empreinte de la bouche. Elle en sort plus ou moins cassée, mais si le plâtre est complètement durci, on peut facilement réunir les différents morceaux et les attacher ensemble au moyen de cire dure et collante ; après qu'on l'a laissé sécher pendant quelques minutes, on peut vernir et couler le modèle.

Empreintes partielles.

Quand les dents sont très branlantes ou que les espaces en queue d'aronde sont très grands, il vaut mieux prendre l'empreinte en plusieurs morceaux. Voici une bonne méthode : Prenons comme exemple un cas dans lequel les incisives inférieures sont très branlantes et où l'on doit s'assurer un modèle précis sur lequel on puisse faire un appareil pour maintenir les dents en position. On délaye le plâtre de la façon indiquée plus haut en y mélangeant une grande quantité de sel ou de sulfate de potassium. S'il est nécessaire, on maintient les dents en place avec le doigt du côté labial. On place le plâtre sur le côté lingual des dents et on le laisse durcir (fig. 42). On l'égalise au niveau du bord incisif des dents et l'on y pratique des crans et des sillons, comme le montre la fig. 42 ; après quoi, on l'enduit de sandaraque ou de quelque autre corps isolant. On recouvre de plâtre le côté labial des dents, le laissant s'étendre jusque sur l'arête des dents et sur la partie sillonnée du sommet et du côté intérieur de l'empreinte linguale (fig. 43).

Une fois que c'est durci, on dégage d'abord le côté labial, puis le lingual, et l'on constate que les deux morceaux s'adaptent l'un à l'autre comme dans la bouche ; on a une empreinte exacte des différentes parties (fig. 44). De cette façon, il est possible d'obtenir une empreinte

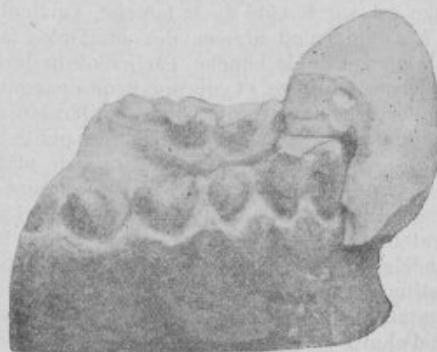
précise sans risquer de faire tomber les dents branlantes et sans causer la moindre douleur ou gêne au patient. On peut alors réunir les mor-

FIG. 42.



ceaux avec de la cire et les enduire d'un corps isolant. Quand le modèle est achevé, on se trouve avoir un travail plus parfait qu'avec toute autre méthode.

FIG. 43.



Comme corps isolant, la sandaraque donne d'aussi bons résultats que tout autre corps ; lorsque le modèle est coulé, on obtient une surface

FIG. 44.



unie et polie. On la colore préalablement, en y râclant un peu d'un crayon ineffaçable qui donne au vernis une teinte pourpre. Il n'en faut que très peu ; la poudre d'un seul crayon colore plusieurs gallons de vernis (gallon = 4 litres 543).

L'empreinte doit être légèrement humide pour être vernie ; si elle était parfaitement sèche, la sandaraque s'y infiltrerait et ne produirait pas une surface glacée ; d'un autre côté, si l'empreinte se trouve trop humide, le vernis n'adhère pas à l'empreinte et s'éaille. Pour mouiller l'empreinte, on la trempe dans l'eau, puis on la pose sur un morceau de papier buvard ou de drap pendant quelques minutes pour enlever l'excès d'eau avant de vernir. La séparation du modèle se trouve facilitée, si l'on recouvre l'empreinte de poudre de talc, ce que l'on fait au moyen d'une poire à air chaud avant le coulage du modèle. Il ne faut jamais employer de savon ou d'huile comme corps isolant, si l'on veut obtenir un modèle bien dur, ce qui est nécessaire pour les couronnes et les bridges ; ces corps ont tendance à amollir le modèle.

Le modèle.

Dans le coulage d'un modèle, celui-ci doit toujours être articulé de façon que les mouvements consistant à ouvrir et à fermer la bouche s'effectuent dans la même direction que dans la bouche ; c'est-à-dire que si le bridge est sur le côté de la bouche, l'articulation doit être faite de façon à s'étendre en arrière des molaires ; tandis que si le bridge est sur le devant de la bouche, l'articulation doit être juste en arrière des incisives centrales et sur une droite passant au centre du palais. Pour les bridges importants, il est préférable d'employer un articulateur anatomique, mais pour la plupart des petits bridges et pour les couronnes, on peut employer un articulateur de plâtre. Pour faire un modèle d'après une articulation unie, il faut toujours couler d'abord la moitié inférieure. En procédant ainsi régulièrement pour couler ses modèles, l'opérateur sait toujours s'y prendre pour les séparer. Quand les côtés du modèle sont taillés, les sillons de l'articulation permettent aussitôt de distinguer la moitié supérieure de l'inférieure ; on peut effectuer la séparation sans endommager le modèle ; mais s'il arrivait qu'on ait coulé d'abord la partie qui se trouve placée en haut, on ne saurait jamais d'une façon certaine quelle est la supérieure et quelle est l'inférieure et par suite il faudrait consacrer plus de temps et plus de soins pour les séparer.

Les modèles ne doivent pas être plus grands que cela est nécessaire : ils doivent être bien taillés et parfaitement finis. Pour couler le modèle, il vaut mieux le placer sur une plaque de verre que sur une feuille de papier, car la surface se trouve plus unie et le modèle plus net.

Le vieil adage qui dit : « Un bon ouvrier peut faire du bon travail avec de mauvais outils ou instruments » a sa part de vérité, mais il est certain que son travail sera beaucoup mieux s'il est exécuté avec de bons instruments et de bons modèles.

Il faut toujours faire les modèles d'exécution avec du plâtre aussi dur qu'il est possible. Le plâtre qui devient très dur est toujours gros ; on le distingue généralement en le frottant entre les doigts. De plus, il est toujours long à durcir ; on ne doit rien employer pour activer le durcissement, car plus il durcit vite, plus le modèle est mou. On le délaye dans de l'eau froide et on le remue juste assez pour que l'eau soit bien incorporée au plâtre ; en effet, si l'on remuait beaucoup, cela aurait pour effet

d'activer le durcissement comme si l'on avait ajouté du sel ou de l'eau chaude. Le plâtre doit avoir à peu près la même consistance que pour prendre l'empreinte.

On remplit d'eau la moitié de l'empreinte que l'on veut couler en premier ; puis on en jette la plus grande partie, n'en laissant qu'un peu au fond de l'empreinte. On place une très petite quantité de plâtre sur le bord de l'empreinte et on l'y fait tomber petit à petit jusqu'à ce qu'elle en soit remplie. De cette façon, on s'assure un modèle parfait ; tandis que si l'on met du premier coup une grande quantité de plâtre, on risque fort d'obtenir un modèle imparfait plein de bulles d'air. On peut mettre le plâtre à l'aide d'un petit pinceau en poils de chameau, mais on n'obtient pas de meilleurs résultats qu'avec la méthode précédente.

Une fois l'empreinte remplie, on détache du bol l'excès de plâtre que l'on place sur la plaque de verre et on y met l'empreinte remplie, le plâtre s'étendant au delà du côté distal ou de l'extrémité de l'empreinte d'un pouce ou davantage. On y presse une plaque de séparation n° 1, le côté sillonné de la plaque se trouvant à la partie inférieure. On l'y maintient pendant quelques minutes jusqu'à ce que le plâtre soit dur ; puis on l'enlève. Cependant avant d'enlever la plaque et pendant que le plâtre est encore un peu mou, on peut tailler tout autour de l'empreinte et de la plaque à l'aide d'une spatule. La plaque étant enlevée, on enduit l'articulation de sandaraque et, après l'avoir laissée sécher pendant quelques minutes, on coule la moitié supérieure de la même façon que la moitié inférieure ; on recouvre l'articulation sillonnée et on répand l'excès de plâtre sur la plaque de verre ; on y presse la moitié supérieure et après l'avoir laissé quelque peu durcir, on taille les bords ou les côtés.

Quand le plâtre est dur, on peut enlever le modèle de la plaque de verre et supprimer l'excès de plâtre. S'il est collé au verre, on chauffe légèrement en dessous pour l'en détacher. Quand on n'a pas de plaques de séparation, on aplani le plâtre à l'aide de la spatule, et quand il a durci, on peut y pratiquer des sillons ou des crans avec un canif ; après quoi, on le vernit de la manière indiquée plus haut.

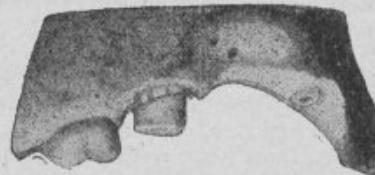
Quand il s'agit de faire la séparation, on distingue facilement l'empreinte du modèle par la différence de couleur. On coupe soigneusement sur les côtés le plâtre coloré jusqu'à ce que l'on rencontre la teinte pourpre du vernis qui indique que le modèle n'est pas loin ; les dents doivent être découvertes aussi loin qu'il est possible. Quand on a enlevé presque toute l'empreinte, on introduit un canif entre les deux mâchoires et on les sépare par un petit mouvement de levier effectué avec précaution ; après quoi, on peut facilement enlever le plâtre qui reste de l'empreinte. On peut alors tailler et égaler les modèles et leur donner une surface parfaitement polie en la frottant avec de la poudre de talc.

La première chose à faire dans la préparation d'un modèle, pour qu'on puisse y travailler, consiste à le sécher complètement, ce qu'il faut obtenir par une chaleur douce et lente. Si on le sèche trop vite et avec une trop grosse chaleur, le modèle se calcine et s'amollit si bien qu'on n'a plus qu'à le jeter, le plâtre s'émiétant facilement entre les doigts. Il est bon de sécher les modèles la nuit au-dessus d'un radiateur

sur une planche à quelque distance au-dessus de la grille d'un fourneau de cuisine ou dans tout endroit où la chaleur n'est pas trop forte, de façon que, le lendemain matin, il n'y ait plus la moindre trace d'humidité. On peut facilement se rendre compte si le modèle est complètement sec en y appuyant un miroir à bouche. S'il est bien sec, le miroir reste parfaitement clair; mais s'il persiste la moindre trace d'humidité, le miroir se couvre de buée et il faut laisser sécher le modèle plus longtemps.

On taille ensuite le modèle en le coupant par une droite passant par les côtés des dents à $1/16$ de pouce environ au-dessous et parallèle à la ligne des lèvres. On peut employer avantageusement dans ce but un excavateur en forme de sarcloir et à coins arrondis pour ne pas

FIG. 45.



déformer la dent. On peut alors tailler le plâtre à partir du bord du sillon, de façon à pouvoir facilement y pratiquer des festons et ajuster l'anneau en permettant à l'opérateur de voir quand les bords sont complètement vers le bas du modèle (fig. 45). Après l'avoir convenablement taillé, on l'enduit de sandaraque, soit en l'y plongeant, soit en le recouvrant de plusieurs couches successives à mesure que le modèle s'imprègne jusqu'à ce qu'il ne puisse plus s'en imprégner et commence à devenir glacé. On le séche de nouveau complètement par une douce chaleur jusqu'à ce qu'il redevienne parfaitement dur et puisse supporter l'ajustement des anneaux ou des couronnes sans beaucoup d'abrasion du modèle. Dans ce but, la sandaraque, telle qu'on la trouve dans les maisons de fournitures dentaires et mélangée avec autant d'alcool, constitue une substance à peu près parfaite pour rendre le modèle aussi dur qu'il est possible.

Revue des Sociétés savantes

ACADEMIE DES SCIENCES.
6 février 1905.

Les proportions des gaz du sang artériel pendant le cours de l'anesthésie chloroformique restent invariables tant que la ventilation pulmonaire reste à peu près normale. — *M. J. Tissot.* 1^o Les proportions des gaz du sang artériel restent sensiblement invariables et normales pendant l'état d'anesthésie par le chloroforme tant qu'il ne se produit pas de modifications très importantes de la ventilation pulmonaire ; 2^o une diminution importante de la ventilation pulmonaire au cours de la chloroformisation provoque une diminution de la proportion d'oxygène du sang artériel ; 3^o les conclusions de plusieurs auteurs relatives à une diminution importante de la proportion d'oxygène du sang artériel résultent le plus souvent de l'inexactitude du point de comparaison initial ; 4^o les doses faibles de chloroforme déterminent chez l'animal une augmentation considérable et persistante de la ventilation pulmonaire, et provoquent indirectement de ce fait la fixation d'une proportion d'oxygène constamment très élevée et au-dessus de la normale dans le sang artériel.

13 et 20 février 1905.

Recherches expérimentales sur les relations entre la pression artérielle et les doses de chloroforme absorbées. — *M. J. Tissot.* Le chloroforme, on le sait, provoque la mort par son action toxique sur le cœur ou les centres nerveux cardiaques.

En raison de ce mécanisme physiologique, M. Tissot a pensé pouvoir étudier cette action toxique sur le cœur en remplaçant l'examen direct de la

contraction cardiaque par celui de la pression artérielle qui en reproduit fidèlement les modifications et il a cherché les relations existant entre les doses de chloroforme absorbées et les modifications de la pression artérielle qu'elles déterminent. Ses recherches lui ont donné les résultats suivants :

1^o L'action déprimante du chloroforme sur le cœur ou sur la pression artérielle croît régulièrement avec la dose de chloroforme absorbée ; 2^o les doses de chloroforme qui, chez le chien, n'abaissent pas la pression au-dessous de 10 centimètres de mercure, ne déterminent jamais d'accidents ; 3^o les doses de chloroforme qui produisent seulement l'arrêt respiratoire chez le chien sont celles qui abaissent la pression entre 10 et 6 centimètres de mercure ; 4^o les doses de chloroforme qui produisent la syncope cardiaque, ou plus exactement le fléchissement brusque de la contraction cardiaque et de la pression artérielle, sont celles qui abaissent la pression artérielle au voisinage de 5 centimètres de mercure ou au-dessous.

Il suit de ces remarques que, pratiquement, on évite sûrement les accidents chloroformiques chez le chien, même si l'on donne l'anesthésique sans précaution, si l'on a soin de ne l'administrer qu'autant que la pression artérielle est supérieure à 10 centimètres de mercure. Il s'ensuit aussi que lorsque la dose de chloroforme devient assez considérable pour déterminer des accidents, la pression artérielle est influencée bien avant que l'arrêt respiratoire ou même une modification alarmante de la mécanique respiratoire se produise.

Ces faits observés par M. Tissot chez le chien semblent du reste pou-

voir pareillement s'appliquer à l'homme et il en résulte qu'il serait très intéressant, au cours des anesthésies pratiquées pour les besoins des interventions chirurgicales, au lieu de surveiller surtout la respiration qui ne donne que des indications tardives si souvent difficiles à apprécier, de disposer pour l'appliquer sur l'artère d'un instrument suffisamment précis permettant de mesurer approximativement la pression que les battements du cœur y entretiennent.

6 et 13 mars 1905.

La pénétration des vapeurs de chloroforme dans le sang pendant l'anesthésie et les variations de la ventilation pulmonaire. — M. J. Tissot. Contrairement à l'opinion admise par beaucoup de physiologistes que les mélanges titrés d'air et de chloroforme renfermant de 7 à 12 grammes de chloroforme pour 100 litres d'air correspondent à une dose anesthésique dépourvue de danger, M. Tissot, s'appuyant sur des expériences poursuivies sur le sang *in vitro* et aussi sur l'animal vivant, déclare : 1^o que pendant l'anesthésie avec des mélanges titrés variant de 7 à 12 p. 100, il ne peut pas s'établir de tension de vapeur entre le sang et le mélange anesthésique, parce que cet équilibre correspond pour le sang à une dose de chloroforme qui dépasse la dose mortelle ; 2^o qu'il ne se produit à aucun moment d'équilibre stable entre les proportions de chloroforme contenues dans le sang et dans le mélange anesthésique pendant l'anesthésie avec des mélanges titrés ; 3^o qu'il se produit un équilibre variable entre la vitesse de pénétration du chloroforme et sa vitesse d'élimination et que cet équilibre dépend principalement des modifications de la ventilation pulmonaire.

A l'appui de ces assertions, M. Tissot, en effet, apporte les faits expérimentaux suivants : 1^o pendant l'anesthésie d'un animal avec un mélange titré à 9 ou 10 pour 100, la pression artérielle subit des oscillations considérables, qui sont l'indice de varia-

tions importantes dans la proportion de chloroforme contenue dans le sang ; 2^o un mélange titré de 6 à 7 pour 100, qui n'est que très lentement ou incomplètement anesthésique pour le chien, devient rapidement et profondément anesthésique s'il survient une période de polypnée ou si l'on détermine artificiellement pendant un temps très court cette polypnée par des pressions manuelles sur le thorax.

La période d'excitation apparaît rapidement et la polypnée qui se continue naturellement détermine une anesthésie profonde avec une chute souvent considérable de la pression artérielle ; 3^o pendant l'inhalation d'un mélange titré à 4 pour 100, qui n'est pas du tout anesthésique dans les conditions normales de la respiration, une augmentation artificielle de la ventilation pulmonaire par des pressions sur le thorax détermine rapidement l'apparition de la polypnée, et enfin l'anesthésie complète de l'animal. Si, après une certaine durée de l'anesthésie, on provoque, pendant deux ou trois minutes, une polypnée artificielle par des pressions sur le thorax, on détermine une intoxication rapide et profonde avec chute énorme de la pression artérielle.

6 mars 1905.

Sur l'importance pratique de l'exploration de la pression artérielle pour éviter les accidents de l'anesthésie. — M. L. Hallion. A propos de la communication de M. Tissot, M. Hallion adresse une réclamation de priorité dans laquelle il rappelle qu'en août 1900 il a publié en collaboration avec M. Duplay un travail intitulé : Recherches sur la pression artérielle dans l'anesthésie pour le chloroforme et par l'ether, travail dont les conclusions présentent avec celles du mémoire de M. Tissot une concordance remarquable.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE.

17 février 1905.

Muscles de la lèvre supérieure. — M. Tanasesco (de Rou-

(manie) présente une pièce anatomique qui montre l'existence assez fréquente d'un troisième muscle élévateur de la lèvre supérieure. Ce muscle s'insère en haut sur l'apophyse montante du maxillaire supérieur et sur l'os du nez, en bas par trois faisceaux sur le canon, la face profonde du petit zygomaticque et le releveur profond. Innervé par le facial, il est, au point de vue de l'action, élévateur de la lèvre supérieure.

Sarcome du maxillaire. — MM. Lenormant et Lecène montrent une tumeur du maxillaire inférieur enlevée chirurgicalement chez une fille de seize ans. L'examen histologique montre qu'il s'agit d'un sarcome ossifiant.

Sclérose lithiasique de la glande sous-maxillaire. — MM. Pater et Deshayes présentent des pièces de sclérose de la glande sous-maxillaire d'origine lithiasique avec dégénérescence graisseuse des acini.

M. Malloisel a observé une sclérose analogue dans les glandes sous-maxillaires de chiens sur lesquels une fistule permanente avait été obliterée.

24 février 1905.

Cancer de la joue; autoplastie. — M. Morestin présente une malade à laquelle il a enlevé chirurgicalement un épithéliome de la joue et à laquelle il a fait ensuite une autoplastie. Il montre aussi un autre malade auquel il a enlevé un épithéliome de la joue et du maxillaire; grâce à une autoplastie, il a pu reconstituer chez ce malade la cavité buccale. Ces épithéliomes, opérés il y a un an, n'ont pas récidivé.

Kyste dermoïde du plancher de la bouche. — M. Dujarier montre un kyste dermoïde du plancher de la bouche qui faisait saillie à la région hyoidienne; il ne présentait aucune adhérence aux parties voisines.

SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE DERMATOLOGIE
ET DE SYPHILIGRAPHIE.

3 mars 1905.

Mal perforant buccal. — M. Gaucher. Le mal perforant buccal de

cette malade a constitué la première lésion qui ait attiré l'attention sur le tabes. Le maxillaire est en pleine ré-sorption.

Chancré de la gencive. —

M. Chompret. Jeune institutrice, mariée depuis six mois. Ulcération en croissant datant de quinze jours et siégeant sur la gencive supérieure au niveau du collet des incisives droites. Lésion indolore, sans rebords, à fond grisâtre bordé d'un liséré rouge tranchant sur le rose des gencives saines. Petite adénopathie sous-maxillaire droite. Dentition parfaite. Origine inconnue, le mari sain, la femme n'étant pas allée chez un dentiste et n'ayant souvenir d'aucun traumatisme au contact suspect. Il s'agit pour nous d'un chancre typique tel qu'il évolue sur toute gencive saine; si, au contraire, la gencive eût été malade antérieurement, nous aurions eu, grâce aux infections secondaires, une ulcération de tout autre aspect, profonde, largement ulcérée, à rebords irréguliers, etc., se compliquant souvent d'ostéopériostite localisée du maxillaire et produisant parfois des nécroses osseuses étendues.

SOCIÉTÉ D'OPHTALMOLOGIE DE PARIS.

7 février 1905.

Sinusite maxillaire; exophthalmie et névrite optique. Guérison. — M. J. Galezowski présente un malade qui fut atteint au mois d'octobre dernier d'une sinusite maxillaire gauche avec des complications oculaires graves. L'aspect clinique était celui d'un phlegmon de l'orbite. La papille était cédématisée, avec des veines tortueuses et des artères hypérémies. L'acuité visuelle était de 1/4, avec un champ visuel normal. L'examen du malade montra que ces symptômes étaient dus à une sinusite maxillaire, consécutive à une infection dentaire. La sinusite fut immédiatement opérée, d'après le procédé de Luc. Les accidents oculo-orbitaires disparurent bientôt; trois semaines après l'intervention, la papille avait son aspect habituel et la vision était normale.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.
18 février 1905.

Cytologie du liquide parotidien au cours des oreillons. — MM. Sicard et Dopter montrent combien il est facile chez l'homme de puiser le liquide parotidien par le cathétérisme du canal de Sténon, et proposent d'appliquer ce procédé à l'étude cytologique parotidienne des oreillons. Au cours de cette maladie, la salive parotidienne qui ne contient, à l'état normal, aucun élément cellulaire, se peuple au début de leucocytes polynucléaires et mononucléaires; à un second stade, les éléments propres glandulaires se retrouvent en extrême abondance; à un dernier stade enfin, vers le douzième jour, quelques gros mononucléaires persistent seuls qui ne tardent pas eux-mêmes à disparaître. En cas d'oreillons frustes, cette méthode peut avoir la valeur d'un véritable cytodiagnostic. Les colorations microbiennes sur lames au niveau des cellules glandulaires desquamées sont restées négatives.

Formes microbiennes du champignon du muguet. — M. et Mme Bourguignon communiquent le résultat de leurs études sur les formes microbiennes du champignon du muguet. Déjà dans une première série d'expériences, ces auteurs avaient vu se transformer les formes levures du muguet en bâtonnets avec ou sans renflements; leurs recherches actuelles leur ont permis d'assister à la transformation inverse et, de plus, de considérer comme probable le passage de la forme bactérienne à la forme de coccus.

18 mars 1905.

Non-identité du bacille fusiforme et du spirillum sputigenum.

num. — *M. H. Vincent.* Un auteur allemand, Plaut, a, sans fournir la preuve, émis l'hypothèse que le bacille fusiforme, agent pathogène de la pourriture d'hôpital et de l'angine que j'ai décrite, était le même microbe que le spirillum sputigenum. Or, il est facile de constater que le bacille fusiforme ne prend jamais la forme spiralée, ni dans les exsudats, ni dans les cultures. La comparaison des deux microbes met en évidence d'autres différences fondamentales. Les dimensions sont de 6 à 10 μ pour le bacille fusiforme, avec une largeur de 1 μ à 1.5 μ . Elles sont de 1 à 2 μ pour le spirillum sputigenum, avec une largeur de 0.5 à 40. Le bacille fusiforme a un aspect semblable à un fuseau et son protoplasma offre, très souvent, des vacuoles irrégulières, comme s'il était troué. Le spirillum sputigenum est, au contraire, identique, comme forme, comme aspect, comme dimensions, comme mobilité, comme caractères de coloration, etc., au vibrio du choléra. C'est un bacille en virgule (Miller), ayant, lorsqu'il s'allonge, l'aspect d'une spire à tours nombreux. Le bacille fusiforme est cultivable; le spirillum sputigenum ne l'est pas. Le premier est un peu mobile dans les exsudats, immobile dans les cultures; le second a une mobilité très vive, etc.

Rien ne permet donc d'identifier ces deux micro-organismes. C'est cependant en se fondant sur l'hypothèse de leur identité que Plaut a tenté récemment de conclure qu'il avait observé avant moi l'angine à bacilles fusiformes. Je n'ai pas besoin de faire remarquer que cette hypothèse n'est pas mieux fondée que ne l'a été sa réclamation de priorité. La constatation du spirillum sputigenum dans une angine n'implique nullement qu'il s'agisse de l'angine à bacilles fusiformes.

REVUE ANALYTIQUE

E. Coraini, Sections microtomiques de la dentine et sections en séries. (*Stomatologia*, Milan, janvier 1905, p. 170.)

L'auteur, après avoir décalcifié la dentine, et l'avoir incluse dans la paraffine, pratique des coupes au microtome par la méthode de Butschli-Mark, améliorée par le professeur Boccardi. Elle consiste à recouvrir le morceau de dentine d'une légère couche de celloïdine et à pratiquer les sections dès l'évaporation du dissolvant de celle-ci. Malgré toutes les précautions, il obtenait des coupes variant entre 15 μ et 10 μ et qui, par l'évaporation ultérieure dont la couche de celloïdine combattait l'action, se recroqueillaient, et étaient par suite difficiles à coller. Il est difficile d'obtenir des sections très minces, car la paraffine, quoique molle, est friable et se casse sous l'action du couteau, si effilé qu'il soit, ce qui fait que la coupe est constituée par une suite de boursouflures soulevées successivement par la marche du couteau. Quand celui-ci rencontre la dentine incluse, il se produit simultanément deux coupes : celle de la paraffine, plus grosse, et celle de la matière incluse, plus mince. Il est rare que le plan des deux coupes se corresponde, car la matière incluse est toujours très éloignée comme consistance de la paraffine ; il arrive souvent que les deux coupes se séparent l'une de l'autre.

Pour obvier à cela, l'auteur prend un fragment de papier buvard humide et assez petit pour ne pas gêner les mouvements du rasoir. Il le met sur le bloc de paraffine de façon à le faire adhérer à la surface sous laquelle il pratique les coupes. Le papier adhère aussi fortement à la paraffine qu'à la matière incluse. Dès lors la paraffine,

qui ne peut se soulever qu'en soulevant le papier, ayant à vaincre une trop grande force, ne se soulève plus et se laisse entamer par le rasoir.

Dans le cas envisagé, c'est la dentine qui se soulève au niveau de la paraffine, au point que, souvent, le papier peut en être déplacé. Et quand on porte à l'étuve pour fondre la paraffine, le poids du papier maintient cette dernière sur la dentine qui se détend et peut être facilement collée. On détache ensuite le papier, en projetant, avec une pipette, un jet de dissolvant de la paraffine, sur la lame porte-objet. On obtient ainsi des coupes de 7 μ 5 μ et même 4 μ d'épaisseur.

Pour les coupes en série, on numérote les papiers employés. Arrivé au niveau du papier le couteau monte sur lui et le presse contre le restant du bloc à découper. La section qui se produit est légèrement soulevée par la réaction de la paraffine en avant du fil du couteau, elle ne plisse donc pas sur la lame, et ne peut se déchirer. Enfin, à la fin de sa course, le couteau entraîne la coupe, qui se renverse totalement en décrivant un tour de 180°. Cette méthode est actuellement étudiée par le Dr Boccardi et semble devoir donner des résultats pratiques intéressants.

Arnone L., Expériences sur la tropacocaine. (*Stomatologia*, Milan, janvier 1905, p. 177.)

L'auteur a voulu étudier les altérations caractéristiques de l'empoisonnement par le chlorhydrate de tropacocaine et l'a administré à fortes doses d'abord à des cobayes.

Cobaye A. poids 520 g. — Injection hypodermique de 20 centig. de tropacocaine dans 3 gr. d'eau. Cinq minutes après, convulsions clonico-

toxiques, puis paralysie des articulations, et paralysie générale. A l'autopsie, 24 heures après la mort, le cœur est en diastole, le poumon hypostatique, mais normal. Aucune rigidité cadavérique, légère exsudation sanguine au point de la ponction.

Cobaye B. Poids 520 gr., injections de 10 centg. pour 3 gr. d'eau.

Les symptômes sont les mêmes, mais se font attendre 5 à 6 minutes de plus.

Cobaye C. poids 490 gr. 5 centig. de tropacocaine. — Après quelques minutes, l'animal est frappé d'engourdissement, puis se meut avec grande difficulté, perd le sens du toucher et la sensibilité générale et arrive lentement à la guérison.

Cobaye D. poids 390 gr. 5 centig. de résorcine et 5 centig. de tropacocaine. — Aucun trouble, ce qui semble prouver que la résorcine combat les effets de l'empoisonnement par la tropacocaine.

Cobaye E. poids 400 gr. 5 centig. de tropacocaine. — Donne tous les symptômes du cobaye C. L'injection de 5 centig. de résorcine les fait disparaître en 15 minutes.

D'autres expériences ont conduit l'auteur aux conclusions suivantes:

Le chlorhydrate de tropacocaine est un anesthésique efficace, moins prompt que la cocaïne, mais moins毒. La résorcine en combat les effets.

En odontologie, la tropacocaine émoussant la sensibilité de la langue et du palais est un excellent remède pour combattre les vomissements quand on introduit dans la bouche le porte-empreinte. Elle calme d'ailleurs les douleurs provenant des caries, et des affections de la pulpe et du périoste.

Tricoche l'a étudiée et recommande la solution titrée à 5 o/o.

Fasoli G., Structure histologique de la dentine. (*Stomatologia*, Milan, février 1904, p. 217.)

L'auteur, après des considérations intéressantes sur l'importance de l'histologie dentaire, et le manque de méthode générale qu'il découvre jus-

qu'ici dans les études qu'on en a faites, fait l'historique des connaissances relatives à la structure histologique de la dentine.

En 1863, Neumann émit les opinions suivantes:

I. Les canalicules ont des parois propres, calcifiées, isolables et communales à la substance fondamentale intermédiaire.

II. Dans les canalicules sont les prolongements fibrillaires des cellules périphériques de la pulpe.

III. Les parois calcifiées des canalicules ne sont pas des membranes confondues avec la substance fondamentale intermédiaire, mais des parties épaissees de cette même substance.

Neumann se proposait d'établir que les fibres de Tomes et les canalicules sont une seule et même chose. Mais il n'y parvint pas. La différence est en effet évidente dans les dents des nouveau-nés, où, les canalicules n'étant pas encore calcifiés, on aperçoit assez clairement les fibrilles qui apparaissent comme les prolongements des cellules odontoblastes.

Aucune interruption ne se présentant jamais, Tomes inclinait à croire que les odontoblastes, non plus que leurs prolongements, n'avaient pas de cellules.

De ces recherches ressort cette règle pratique que, dans les préparations suivant ces méthodes, la plus grande précaution est nécessaire pour l'examen et la définition des fibres dépassant les bords.

Lepowsky voit dans la fluidité du contenu des canalicules l'explication de leurs dilatations et de leurs anastomoses. Römer s'est occupé le dernier de la question. Il arrive aux conclusions suivantes:

1^o Les fibrilles de Tomes sont identiques aux canalicules de Kölliker. La membrane des fibrilles n'est autre que la paroi des canalicules ou gaine de Neumann; et le contenu fibrillaire semi-fluide de Tomes correspond à la substance fluide des auteurs précédents;

2^o Les canalicules de Tomes sont en réalité les espaces vides sans pa-

rois, obtenus artificiellement au cours de la calcification ;

3^e Les prolongements des odontoblastes dits « fibres dentinaires » ne sont pas le contenu des canalicules, mais à la fois la gaine et le contenu.

Tomes avait accordé aux fibrilles une nature nerveuse qui lui expliquait la sensibilité de la dentine. Mais il est reconnu aujourd'hui qu'il n'en est rien et l'innervation de la pulpe et de la dentine sont le sujet d'études encore peu avancées.

En résumé les seuls résultats admis universellement sont :

1^e Les canalicules ont des parois propres, isolables, différentes de la substance fondamentale et constitués par un épaissement de celle-ci. Ils existent même dès les premiers stades du développement de la dentine ;

2^e Les odontoblastes ont des prolongements qui parcourrent toute la dentine à travers les canalicules et dans les stades de développement, sont facilement isolables en totalité de la superficie de la pulpe.

Méthodes techniques. — Fixation du tissu dentinaire. Le liquide de Müller, le mélange triacide de Flemming, etc., ont le double avantage de fixer et de décalciner, mais ne conviennent que pour de petits morceaux. Le gaz formaldéhyde en solution aqueuse (4.10 o/o) pénètre rapidement dans les tissus et les durcit en même temps, de sorte qu'on peut faire au bout de quelques heures des coupes à froid. Il assure de bonnes colorations et conserve très bien les tissus. La fixation à la formaline conserve très bien l'aspect et la structure et est par suite d'un bon secours pour traiter les morceaux pathologiques. Le pouvoir de pénétration est considérable et permet de fixer de grosses pièces ; son emploi s'indique moins pour les études histologiques. Enfin pour l'étude histologique, le fixateur à préférer est le mélange de formaline et de liquide de Müller à parties égales.

Décalcification. — L'auteur donne la préférence à l'acide nitrique de laboratoire en solution légère (4.6 o/o) parce qu'il n'endommage pas les tissus

et surtout pour la décalcification régulière et parfaite qu'il effectue. Cependant pour les embryons, on peut, pour obtenir en même temps la fixation, employer le liquide de Müller. Mais il faut des semaines pour obtenir la décalcification complète ; les éléments cellulaires ne se conservent pas bien, et les colorations réussissent plus difficilement. Le mélange de Flemming est alors préférable.

H. CH. FOURNIER.

A.-H. Ketcham, *L'orthodontie est une spécialité.* (*Items of interest*, mars 1905, p. 175.)

La dentisterie, comme la médecine, se divise en spécialités distinctes. Le meilleur moyen de réaliser des progrès, c'est précisément que des praticiens consacrent leurs efforts à étudier, à perfectionner une de ces branches en particulier.

1^e Toute tentative de redressement doit être faite de bonne heure, de préférence aussitôt que les premières molaires ou les incisives commencent à prendre une mauvaise position, pour les amener dans leurs relations normales et éviter ainsi plus tard une opération plus longue et plus coûteuse ;

2^e Il faut s'abstenir de mutilation, de déchirure ou de destruction des arcades par l'extraction ;

3^e Les connaissances les plus étendues sont nécessaires pour traiter les cas de malocclusion avec succès : l'étude de l'occlusion de l'anatomie de la face, l'étude de l'esthétique, des relations du nez et de la gorge avec la malocclusion, l'étude de la membrane péridentaire, du procès alvéolaire, etc.

T.-E. Carmody, *Notes sur la respiration buccale.* (*Items of interest*, mars 1905, p. 200.)

L'auteur a remarqué bien des états pathologiques dus à une respiration anormale ; il s'est livré par suite à des observations plus approfondies et il a constaté que beaucoup de changements peuvent être attribués à cette cause.

Il décrit la respiration nasale et

l'oppose à la respiration buccale. Parmi les causes les plus importantes de la prédominance de cette dernière il mentionne la formation défectueuse et la faiblesse des cartilages de l'aile et des muscles de l'aile, les hypertrophies et les néoformations des cornets. Les conséquences sont une arcade élevée, une malocclusion, le rétrécissement de la face et l'hypotase de la cavité buccale et de la cavité nasale.

Il cherche à expliquer les causes immédiates de la respiration buccale.

Le traitement doit supprimer d'abord la cause qui consiste généralement dans des amygdales volumineuses ou dans des végétations adénoides ou bien dans les deux à la fois. Il s'agit ensuite d'étendre l'arcade en amenant les dents à l'occlusion normale.

A.-C. Register, L'antisepsie buccale, son influence prophylactique sur les maladies locales et générales. (*Items of interest*, mars 1905, p. 187.)

L'antisepsie buccale détruit les germes morbides de la bouche ou en arrête le développement. La prophylaxie prévient les influences pathologiques des micro-organismes qui s'accumulent ou se propagent dans la bouche.

L'auteur étudie les rapports des maladies générales avec les infections buccales, et fait remarquer que, dans un certain nombre de cas de catarrhe de l'estomac associé à la pyorrhée alvéolaire à la période tertiaire, il a constaté que le traitement chirurgical et local et le traitement médical combinés avec la pose d'attelles ou que l'extraction des dents qui ne pouvaient être conservées avaient

rendu le patient à la santé sans traitement médical interne. Le seul agent avait été la guérison des lésions bucales. Il cite même une pneumonie suivie de mort causée par l'extraction d'une dent.

Il fait remarquer en passant que par une prophylaxie appropriée on peut aisément arrêter dans les manufactures la nécrose phosphorée.

L'antisepsie réduit la carie au minimum. Il faut donc la pratiquer.

Il pense que l'érosion a sa cause dans le milieu buccal et que le moyen de la faire disparaître est d'observer l'antisepsie buccale.

Dans les abcès du périoste il est bon d'ouvrir à partir de la gencive et de traiter à partir de cette porte d'entrée en conservant la relation des gencives.

Pour lui la pyorrhée alvéolaire n'a pas sa cause initiale dans une dyscrasie générale. Si l'antisepsie est rigoureusement observée, la présence des matières septiques est annihilée.

V. M.

Tissot, Chloroforme et pression artérielle. (*In Bulletin de Thérapeutique*, 23 février 1905, p. 241.)

D'après l'auteur, il vaut mieux, au lieu de surveiller surtout la respiration, employer un instrument suffisamment précis pour indiquer la pression artérielle au cours de la narcose. En effet, expérimentalement, on a démontré que tant que la pression n'est pas au-dessous de 10 centimètres de mercure, les doses de chloroforme sont sans danger ; si elle tombe entre 10 et 6, l'arrêt respiratoire survient ; enfin aux environs de 5 centimètres de mercure, on voit se produire la syncope cardiaque.

NÉCROLOGIE

M. DE MARION

L'Association générale des dentistes de France, l'Ecole dentaire de Paris et la Société d'Odontologie viennent d'être douloureusement éprouvées par la perte d'un de ceux qui se sont largement dépendus pour collaborer à l'œuvre commune. Notre excellent confrère de Marion vient d'être ravi à l'affection des siens et à la sympathie de tous à la suite d'une longue et pénible maladie, au cours de laquelle aucune douleur physique semble n'avoir épargné notre malheureux ami, qui disparaît en pleine maturité d'esprit : il n'avait que 51 ans.

Depuis plusieurs années déjà M. de Marion avait dû quitter la clientèle et les fonctions qu'il occupait à notre Ecole pour aller chercher dans le midi de la France un climat plus clément. Mais, hélas ! il était déjà trop tard pour qu'il pût en retirer tous les résultats que ses amis espéraient.

Entré tardivement dans notre profession, vers 1890, M. de Marion, que nous connûmes dès les premiers examens de la Faculté de médecine, dont il était un habitué, se fit bientôt remarquer par l'ardeur avec laquelle il prenait part aux discussions de nos différentes sociétés scientifiques professionnelles. Ingénieux, travailleur, on le vit à la piste de toutes les méthodes et de tous les procédés nouveaux, qu'il voulait connaître et dont il cherchait à apprécier la véritable valeur. Nul ne peut dire quelle somme de travail il a fournie au cours de ses recherches sur les moulings et surmoulings, sur la reproduction des modèles en cire coloriée, etc., etc. Mais ce que nous savons bien, c'est qu'il aménagea un des premiers laboratoires de prothèse modèles et qu'il se plaisait à y rester une partie de ses nuits, à la recherche de procédés nouveaux.

Il fut un de ceux qui suivirent assidûment et qui s'intéressèrent plus particulièrement au traitement de la pyorrhée alvéolaire et au redressement à l'aide de fils de Younger.

Il passait la majeure partie de ses matinées dans les services chirurgicaux des hôpitaux, y recherchant les cas favorables aux restaurations bucco-faciales. C'est ainsi qu'il construisit un certain nombre de ses appareils, parmi lesquels nous citerons plus particulièrement ses charpentes nasales pour autoplastie.

Secrétaire de la rédaction du *Monde dentaire* pendant une dizaine d'années, ancien président du Syndicat des chirurgiens-dentistes de

France, il donna sans compter une collaboration active aux différentes sociétés professionnelles.

En ce qui concerne notre Groupement, les fonctions remplies de 1898 à 1901 par de Marion furent nombreuses dans chacune de ses branches. C'est ainsi que dans l'enseignement de notre Ecole il fut successivement chef de clinique, puis professeur suppléant de prothèse ; que, dans l'administration de l'Ecole, on le vit tour à tour membre du Conseil de direction, bibliothécaire-archiviste et membre du bureau ; qu'il fut aussi secrétaire général de la Société d'Odontologie, de l'Association générale des dentistes de France et du Congrès dentaire national de 1897 ; dans chacune de ces fonctions de Marion, dont l'activité n'avait pas d'égale, dépensa largement son temps et son intelligence, et c'est sous la poussée du mal qui l'envahissait qu'il dut, en 1901, abandonner tous ces postes pour jouir d'une vie plus calme, capable peut-être de le ramener à la santé.

De Marion nous laisse un certain nombre de travaux, dont la plupart sont remplis d'intérêt, et que l'on pourra longtemps consulter avec fruit : les principaux sont : une étude critique sur l'emploi de l'oxyde de cobalt en thérapeutique dentaire (1892) ; de la prothèse dans le traitement des fistules chirurgicales du sinus maxillaire (1895) ; du formaldéhyde et de son emploi en thérapeutique dentaire (1895) ; du gaïacol comme succédané de la cocaïne dans l'anesthésie locale (1895) ; le formaldéhyde associé à l'essence de géranium en thérapeutique dentaire (1897). Chacune de ces monographies met en évidence des qualités de travail et de conscience qui étaient la caractéristique de la cérébralité de notre regretté confrère.

Sa générosité se montra dans toute son étendue lorsque, en 1899, il fit don à l'Ecole dentaire de cette magnifique collection de pièces anatomo-pathologiques, reproduisant, en cire coloriée, les cas types intéressant le chirurgien-dentiste, et dont le Musée de l'Ecole est si fier à juste titre. Nous perdons ainsi en de Marion un collaborateur assidu, un travailleur infatigable, un confrère laborieux et bon, un ami sûr et fidèle : aussi la Rédaction est-elle certaine de reproduire la pensée de tout notre Groupement en adressant au disparu un adieu ému, et à sa famille l'hommage attendu de notre respectueuse émotion.

LA RÉDACTION.

EUGÈNE SIMON

Nous apprenons la mort de M. Eugène Simon, de la maison de fournitures pour dentistes Victor Simon et Cie, décédé le 3 avril dans sa 50^e année.

Nous exprimons à sa famille nos sincères regrets.



NOUVELLES

FÉDÉRATION DENTAIRE NATIONALE.

La prochaine assemblée générale annuelle de la F. D. N. se tiendra à Paris le samedi 29 et le dimanche 30 avril, à l'Ecole dentaire de Parix, 45, rue de La Tour-d'Auvergne. Une circulaire a d'ailleurs été adressée à cet effet aux sociétés adhérentes le 14 mars dernier et des convocations ont été envoyées aux délégués.

Cette assemblée aura à s'occuper, le samedi 29 :

1^o De différents projets de réformes relatifs, les uns, aux conditions d'admission dans les écoles dentaires (examens préliminaires, baccalauréats), les autres, à un projet de stage avant l'entrée dans ces écoles et à la validation de ce stage, projets qui ont été adressés au Recteur de l'Académie de Paris ;

2^o Du projet de doctorat en chirurgie dentaire soumis aux pouvoirs publics ;

3^o Des mesures à prendre pour répandre dans le public les principes d'hygiène dentaire (conférences publiques, etc.) ;

4^o Des améliorations à introduire dans les services dentaires publics et des moyens propres à aboutir à une solution pratique (Vœux de la F. D. I. à Saint-Louis) ;

5^o Du texte d'une pétition aux Ministres de la Guerre et de la Marine tendant à assurer des soins dentaires complets aux soldats et aux marins (nouvelle loi militaire) ;

6^o De l'élaboration d'un code de déontologie professionnelle analogue au *Code of Ethics* des dentistes des Etats-Unis ;

7^o De l'élection du bureau ;

8^o De l'état des finances de la Fédération ;

9^o Des distinctions honorifiques à demander aux pouvoirs publics pour divers membres des sociétés adhérentes ;

10^o De l'orientation générale de la profession.

Un diner confraternel réunira le samedi, à 7 h. 1/2 du soir, à l'Ecole dentaire de Paris, tous les membres de la Fédération présents à Paris.

Le dimanche matin 30 avril des démonstrations pratiques auront lieu dans cette Ecole avec le concours de la Société d'Odontologie de Paris.

A midi déjeuner auquel sont invités tous les confrères de province.

L'après-midi du dimanche sera consacrée à une séance de la Société d'Odontologie ou à une séance complémentaire de la F. D. N.

Les membres de la F. D. N. désireux d'assister au dîner du samedi 29 sont priés de se faire inscrire chez M. Sauvez, 17, rue de St-Pétersbourg. Prix du dîner : 10 francs.

Les confrères de province qui veulent bien accepter l'invitation à déjeuner pour le dimanche 30 sont également priés de se faire inscrire.

Le Président : Dr SAUVEZ.

ASSEMBLÉE GÉNÉRALE DU CERCLE DES D. E. D. P.

Le dimanche 12 mars a eu lieu dans les Salons Noël Peters un banquet qui réunissait les membres du Cercle des D. E. D. P. convokés en première assemblée générale.

M. Godon, directeur de l'Ecole dentaire de Paris, avait bien voulu en accepter la présidence, assisté de MM. Martinier et Delair, professeurs à cette même école. De très nombreux membres du Cercle de Paris et de la province assistaient à cette réunion.

Plusieurs membres du Comité de patronage s'étaient excusés, notamment le professeur Gley de la Faculté de médecine, MM. Bonnard et Ronnet.

Au cours de ce joyeux banquet la plus franche cordialité n'a cessé de régner entre maîtres et élèves d'autrefois, amis d'aujourd'hui.

Au dessert M. Hugot, président du Cercle, remercie tous les présents de la première heure et en particulier MM. Godon, Martinier et Delair qui ont bien voulu dès le début apporter leur appui moral et matériel.

M. Godon, dans une improvisation éloquente, dit « combien il s'est toujours consacré à l'évolution de l'art dentaire en France. Toujours, il s'est intéressé aux différents groupements professionnels, dédiant de parti pris ceux qui, à l'instar du rat de la fable, vivent en égoïstes dans leur fromage, dédaigneux de ce qui se passe dans le monde. Il s'est trouvé tout particulièrement porté à accepter sa place dans le Comité de patronage du Cercle des D. E. D. P., car tous les membres de ce Cercle, anciens élèves de l'école dont il est le directeur, doivent posséder au même degré les aspirations professionnelles qu'il nourrit. Et il termine par ces mots : « Les revendications que nous poursuivons doivent être sensiblement les mêmes, nos adversaires sont les mêmes ; et, comme moi, vous combattez les stomatologues et leurs prétentions. Je lève mon verre au succès de votre société ! »

M. Martinier prend ensuite la parole afin de formuler ses vœux

les plus sincères pour le développement du Cercle. Il indique les moyens pour les adhérents de s'entr'aider d'une manière matérielle et pratique : « Prenez exemple sur les associations existant déjà en Amérique et appelées fraternités. Les sociétaires de ces fraternités, mettent au service de la collectivité leurs relations personnelles et se prêtent une aide réciproque vis-à-vis de la clientèle, car un client soigné par l'un d'eux est dirigé chez un autre sociétaire lorsqu'il change de résidence. »

M. Delair s'est également levé pour faire l'historique de l'art dentaire. D'une manière charmante, il a fait ressortir les difficultés presque insurmontables auxquelles s'étaient heurtés les fondateurs de cette institution admirable qu'est à l'heure actuelle l'Ecole dentaire de Paris.

M. Hugot reprend la parole et remercie les précédents orateurs de leurs encouragements. Il profite de l'occasion pour rappeler que depuis longtemps leurs ainés et parmi eux les maîtres présents sont sur la brèche pour l'organisation de leur art et que les résultats acquis par eux imposent des obligations à la génération actuelle par les bénéfices qu'elle en tire. Les jeunes n'ont pas le droit de se désintéresser des choses professionnelles. Ils ont contracté une dette envers leurs prédecesseurs et c'est en poursuivant leur œuvre qu'ils pourront s'en acquitter.

La parole est ensuite donnée à M. Fouques, vice-président, qui en termes excellents fait appel à l'esprit de confraternité pour la création et l'entretien des rapports de bonne camaraderie avec toutes les sociétés professionnelles existantes. Il rappelle que des devoirs incombe vis-à-vis de certaines d'entre elles, qui ont mérité, par leur zèle constant en faveur du développement de l'art dentaire, la reconnaissance et la considération de tous les adeptes de cet art.

Le secrétaire général, M. Lannois, lit un rapport très complet où sont relatés tous les faits concernant le Cercle durant l'année écoulée.

M. Loriot, trésorier, rend compte, d'une façon très humoristique, de la première année de gestion et des espérances qu'il nourrit pour l'avenir.

La réunion prend fin vers six heures et l'on se sépare avec l'intention de se retrouver l'année prochaine plus nombreux au renouvellement de cette petite fête, qui laisse dans le cœur de chacun un sentiment de satisfaction saine et vivace.

G. FOUCES.

ASSEMBLÉE GÉNÉRALE DES DENTISTES DE BELGIQUE.
L'Association générale des dentistes de Belgique a célébré le 26

mars l'anniversaire de la fondation de ses groupements professionnels et l'inauguration du dispensaire dentaire de Bruxelles, dû, comme on le sait, à l'initiative privée.

L'assemblée a entendu d'abord, un rapport de M. Rubbrecht sur le Congrès de Saint-Louis ; puis une étude de M. Igel sur la porcelaine comme matière obturatrice ; une autre de M. J. Baruch sur le « Griswold System » ; enfin, le rapport du trésorier sur la situation sociale.

Des opérations du plus haut intérêt ont été faites au dispensaire, notamment par MM. E. Quarterman, O. Rubbrecht, J. Baruch, etc. De nombreuses personnalités du monde médical y assistaient.

Un banquet a terminé la journée. M. Baruch le présidait et, dans un intéressant discours, il a dit qu'il espérait réunir un Congrès national dentaire cette année à Bruxelles, il a fait des vœux pour que des Congrès régionaux se réunissent tous les ans et a bu à M. Rubbrecht, qui s'est fait le champion de l'art dentaire en Belgique.

Ce dernier a bu ensuite à la prospérité et à l'avenir de l'art dentaire en Belgique.

M. Quarterman a pris, à son tour, la parole et a regretté de ne pas voir, en Belgique, les jeunes gens s'intéresser davantage aux travaux de la clinique dentaire.

MM. Igel, Messian et Belanger ont également parlé.

RENOUVELLEMENT DU BUREAU DU CERCLE DES D. E. D. P.

Le cercle des D. E. D. P. dans son assemblée générale du 12 mars dernier a constitué son bureau ainsi qu'il suit :

<i>Président,</i>	MM. Hugot.
<i>Vice-président,</i>	G. Fouques.
<i>Secrétaire général,</i>	Lannois.
<i>Secrétaire adjoint,</i>	Tzanck.
<i>Trésorier archiviste,</i>	Loriot.

NOUVELLE SOCIÉTÉ SCIENTIFIQUE PROFESSIONNELLE.

Nous apprenons la création à Bordeaux d'une nouvelle société qui porte le nom de *Société de médecine et de chirurgie dentaire de Bordeaux et du Sud-Ouest*. Constituée par un groupe important de docteurs et de chirurgiens-dentistes, elle a formé son bureau ainsi :

<i>Président,</i>	MM. Lucien Clerc.
<i>Vice-président,</i>	Bouchet.
<i>Secrétaire,</i>	Anglade.
<i>Trésorier,</i>	Bastier.

Nous souhaitons plein succès et longue vie à la nouvelle société.

ADRESSES UTILES

La ligne: 20 francs par an, } dans 24 numéros.
Lignes en sus: 10 fr. la ligne. }

- C. Ash et fils (*Fourn. gén.*), 22, rue du Quatre-Septembre, PARIS. TÉLÉPHONE 294.47.

D^r Bengué (*Anestile*), 47, rue Blanche, PARIS.

A. Brémant, constructeur électrique, B^d S. G. D. G. 69, rue Caumartin. TÉL. 223.93.

Clin et C^s (*Produits pharmaceutiques,adrénaline,Tubes stérilisés à tous médicaments*), 20, rue Fossés-Saint-Jacques, PARIS. TÉLÉPHONE 806.37 — 815.84.

J. Fanguet, Georges Clotte, s^r (*Impressions en t. genres*), 28, r. d'Engaïen, PARIS.

Comptoir international (*Fourn. gén.*), 15, avenue Fonsny, BRUXELLES.

Contentan et Godart fils (*Fourn. gén.*), 7, r. du Boulloz, PARIS. TÉLÉPHONE 214.53.

Cornelsen (*Fourn. gén.*), 16, rue St-Marc. TÉLÉPHONE 218.69.

A. Debraux, prof^t (*Cert. d'Et. exigé des dentistes*), 17, faub. Montmartre, PARIS.

L. Mairlot (*Fourn. gén.*), 24, place Ste-Gudule, BRUXELLES. TÉLÉPHONE 1429.

A. Mellottée, imprimeur de *L'Odontologie à Châteauroux*.

P. Périé fils (*Fournitures générales*), 7, place Lafayette, TOULOUSE.

B. Flatschick (*Prothèse à façon*), 3, rue Ventadour, PARIS. TÉLÉPHONE 222.82.

Reymond frères
(*Fournitures générales*) { 22, rue Le Peletier, PARIS.
TÉLÉPHONE 312.91. { 44, place de la République, LYON.
{ 69, rue de la Croix-de-fer, BRUXELLES.
{ 3, rue Petitot, GENÈVE.

L. Riasse (*Agent de la Consolidated D. M. Co*), 97, rue Montmartre, PARIS,
TÉLÉPHONE 283.75

Victor Simon et C^s (*Fourn. gén.*), 54, rue Lamartine, PARIS. TÉLÉPHONE 269.45.

Société coopér. des dent. de Fr., 45, r. de La Tour-d'Auvergne. TÉLÉPH. 223.04.

Société Française de Fournitures Dentaires { 58 bis, Chaussée-d'Antin, Paris { Grande exposition, au dépôt
TÉLÉPHONE 214.47. { de PARIS, de toutes les
Adr. téleg. : Sociédents. { Nouveautés dans l'outillage de MM. les Dentistes.

V^e J. Wirth (*Manuf. dent.*), 22-24, av. Philippe-Auguste, PARIS. TÉLÉPH. 923.48.

L'Évolution de l'Art dentaire. — **L'ÉCOLE DENTAIRE**, son histoire, son action. par le Dr CH. GODON, directeur de l'Ecole dentaire de Paris, 1901, 1 vol. gr. in-8°, 366 pages et planches, 10 fr. (Librairie J.-B. BAILLIERE et Fils, 19, rue Haute-Feuille, à Paris).

PRIX en librairie : 10 fr. Pour les abonnés de *L'Odontologie* : 6 fr., frais de port en sus. L'administration de *L'Odontologie* prie ceux des souscripteurs à la thèse du Dr Godon qui ont reçu le volume sans en avoir envoyé le montant de lui adresser la somme de 6 fr. 25 pour Paris, 6 fr. 85 pour les départements et 7 francs pour l'étranger.

L'Association des Étudiants en Chirurgie dentaire de Paris a l'honneur de prévenir MM. les Docteurs exerçant l'art dentaire et Chirurgiens-Dentistes qu'elle tient à leur disposition des Étudiants en Cours régulier d'Etudes comme **REMPLAGANTS, OPÉRATEURS & MÉCANICIENS**.

Pour toute demande ou renseignements, s'adresser :

Au Secrétaire général
45, RUE DE LA TOUR-D'AUVERGNE, PARIS

Une Mission en Amérique

RAPPORT adressé au Ministre de l'Instruction publique sur l'enseignement et l'organisation de l'art dentaire aux Etats-Unis, par Ch. GODON, chirurgien-dentiste de la Faculté de Médecine, directeur de l'Ecole dentaire de Paris, et A. RONNET, chirurgien-dentiste de la Faculté de Médecine, président du Syndicat des chirurgiens-dentistes de France. En vente : J.-B. BAILLIERE et Fils, 19, rue Haute-Feuille, Paris. — Prix : 5 francs.

Le Code du Chirurgien-Dentiste

Par ROGER, avocat à la Cour de Paris, professeur à l'Ecole dentaire de Paris, et GODON, chirurgien-dentiste, directeur de l'Ecole dentaire de Paris.

En vente à l'Ecole dentaire de Paris
45, RUE DE LA TOUR-D'AUVERGNE
Prix 5 francs (Port en sus 0 fr. 45).

Librairie scientifique et littéraire, F.-R. de RUDEVILLE, éditeur
4, rue Antoine-Dubois, PARIS

PRÉCIS D'ANATOMIE DENTAIRE

par J. Choquet, chirurgien-dentiste D. E. D. P. de la Faculté de Médecine de Paris, professeur suppléant à l'Ecole dentaire de Paris. Un volume in-18 de 400 pages, accompagné de 195 gravures inédites. Prix : 8 francs.

Guide pratique et formulaire pour les maladies de la bouche et des dents, par G. Vian, chirurgien-dentiste de la Faculté de Médecine de Paris. Professeur à l'Ecole dentaire de Paris, 1 vol. in-18 de VII-522 pages. Prix : 6 francs.

En vente aux bureaux de *L'ODONTOLOGIE*, 45, rue de La Tour-d'Auvergne, 45

NOTICE SUR L'HISTOIRE DE L'ART DENTAIRE

depuis les temps les plus reculés jusqu'à nos jours, suivie du CATALOGUE de l'Exposition rétrospective de l'Art dentaire organisée par l'Ecole dentaire de Paris à l'Exposition universelle de 1900, groupe III, classe 16, médecine et chirurgie, par L. LEMERLE, professeur à l'Ecole dentaire de Paris. Ouvrage de 224 pages, orné de 46 gravures. Prix : 3 francs (par poste 0 fr. 45 en plus). — Adresser les demandes accompagnées du montant à l'Administrateur de *L'Odontologie*, 45, rue de La Tour-d'Auvergne, Paris.

AVIS

La Direction de l'École Dentaire de Paris et l'Administration de *L'Odontologie* prient les Journaux et Revues faisant l'échange avec *L'Odontologie*, de vouloir bien adresser un exemplaire de leur publication :

- 1^o A *L'Odontologie*, 45, rue de La Tour-d'Auvergne, Paris;
- 2^o A la Bibliothèque de l'Ecole Dentaire de Paris, 45, rue de La Tour-d'Auvergne, Paris.

NOTA. — Prière instante de mentionner exactement l'adresse, 45, rue de La Tour-d'Auvergne, car certaines publications nous parviennent très irrégulièrement, faute d'indication précise.

Les adresses imprimées de nos abonnés et les précautions prises pour leur assurer une distribution régulière nous permettent de garantir la remise à la poste de tout le service du Journal. Malgré cela, il nous arrive chaque quinzaine quelques réclamations de numéros non parvenus à destination.

L'Administration de *L'Odontologie* décline à ce sujet toute responsabilité ; elle se tient cependant à la disposition de ses correspondants pour leur envoyer un nouvel exemplaire, s'il est réclamé dans le délai d'un mois.

**Instruments, Meubles et tous Articles dentaires d'occasion.
ACHAT et VENTE ~ LOUIS, 8, faub. Montmartre.**

TRAITÉ DE CHIMIE
Avec la notation atomique, par Louis SERRES, ancien élève de l'Ecole Polytechnique, professeur de chimie à l'Ecole municipale supérieure Jean-Baptiste Say. — Un volume in-8 de plus de 900 pages, avec 285 gravures sur bois intercalées dans le texte. — Prix : 10 francs. — BAUDRY et C°, éditeurs, 15, rue des Saints-Pères, Paris.

X
LABORATOIRE
SPECIAL DE PROTHÈSE
B. PLATSCHICK
SERVICE TRÈS RAPIDE pour la PROVINCE
RUE
VENTADOUR
PARIS
222-82. Téléphone, 222-82.

Recommandé : Institut des Langues et des Sciences.
Certificats d'Études dans un grade de Chirurgien-Dentiste
137 élèves reçus de 1897 à 1904 dont 78 en 1903 ou 1904, moyenne : reçus 90 % des élèves présentés
200 FR. DU 9 NOVEMBRE AU JUILLET, 2 HEURES PAR JOUR
Cours 1^{re} partie, du Baccalauréat de 2 h. à 4 h. tous les jours : 450 fr. l'année scolaire
Directeur : A. DEBRAUX, 17, faub. Montmartre, Paris
Pension avec chambres particulières, prix modérés.

En vente à l'Ecole Dentaire de Paris :
CATALOGUE de la BIBLIOTHÈQUE
de l'Ecole Dentaire de Paris
Par E. BONNARD, avec la collaboration de J. DE CROËS
Prix : un franc. (Port en sus 0,30.)

Comptoir international
D'ARTICLES DENTAIRES
et Maison LEMORL réunis
Dépôt des meilleures marques
15, Avenue Fonsny, 15
BRUXELLES

Photomicrographie histologique et bactériologique
Par J. CHOQUET,
Chirurgien-dentiste D.E.D.P. de la Faculté de Médecine de Paris.
Préparateur à l'Ecole dentaire de Paris
200 pages, 100 gravures et 8 planches en phototypie
Charles MENDEL, éditeur 118, rue d'Assas, PARIS. Prix : 6 francs.

L'administration de L'ODONTOLOGIE,
possédant des collections presque complètes depuis la fondation du journal
(Juin 1881), peut céder à ses lecteurs les numéros dont ils ont besoin.

P. DENNINGER
47, rue des Batignolles, 47
PARIS | **PROTHÈSE à FAÇON**
Fournitures générales pour dentistes.
Spécialité de pièces en or et BRIDGE-WORK

15-IV-05

RENSEIGNEMENTS UTILES

La ligne: 20 francs par an, Lignes en sus: 10 fr. la ligne } dans 24 numéros.

ALLIAGE DENTAIRE

Contenau et Godart fils, 7, rue du Bouloi, PARIS, TÉLÉPHONE 214.53.

CERTIFICAT D'ÉTUDES.

Institut des Langues et des Sciences. A. Debraux, dir., 17, fg. Montmartre. 170 élèves reçus (noms et adresses publiés) ces dernières années. Examens de 1903 : 40 élèves reçus sur 50; 1904, 38 élèves reçus sur 46. Les 4/5 du cours de 1901, 1902, 1903 et 1904 reçus. Envoi des noms et adresses des diplômés.

CONTINUOUS GUM

B. Platschick, 3, rue Ventadour (*Laboratoire spécial*). TÉLÉPHONE 222.82-

DENTS XX^e SIÈCLE

D^r Carlier, seul concessionnaire pour la France, 61, rue de Flandre, PARIS.

FOURNITURES GÉNÉRALES.

Comptoir international, 15, avenue Fonsny, BRUXELLES.

Comptoir International, 11, Avenue Foch, PARIS.

Cornelsen, 16, rue Saint-Marc. TÉLÉPHONE 218.69

Colin Logan fils, 113 rue Béaumur, près la Bourse, PARIS. TÉLÉPHONE 288.79.

H. Ningler et Lemesle, 12, rue des Immeubles industriels.

Raymond frères { 22, rue Le Peletier, PARIS. TÉLÉPHONE 312.91.
44, place de la République, LYON.

69, rue de la Croix de fer, BRUXELLES.
3, rue Petitot, GENÈVE.

Victor Simon et C^e, 54, rue Lamartine, PARIS. TÉLÉPHONE 269.45.

Société coopérative des dentistes de France, 45, rue de La Tour-d'Auvergne
TÉLÉPHONE 223.04.

Le 1^{er} Septembre 1882 à Paris, à la demande de MM. les Députés

RENSEIGNEMENTS UTILES

**La ligne: 20 francs par an, } dans 24 numéros.
Lignes en sus: 10 fr. la ligne }**

IMPRESSIONS EN TOUS GENRES.

A. Mellottée, imprimeur de *L'Odontologie*, à CHATEAUROUX.
J. Fanguet, Georges Clotte, successeur, fournisseur de l'*École Dentaire*,
28, rue d'Enghien, à PARIS.

MATIÈRES OBTURATRICES.

<i>Amalgame Fellowship.</i>	}	Société Française de Fournitures Dentaires.
<i>L'Or Universel.</i>	}	TÉLÉPHONE 214-47.
<i>Ciment Fellowslip.</i>	}	

OPALINE, MEUBLES ASEPTIQUES.

L. Deglain, 88 et 92, quai Jemmapes, PARIS.

PRODUITS ANESTHÉSIQUES.

<i>Anestile.</i> Dr Bengué, 47, rue Blanche, PARIS.		
<i>Anesthésique Wilson.</i> Central chemical Co ^o , 34, rue de l'Échiquier, PARIS.	}	
<i>Hypnoforme</i> (chlorure d'Ethyle spécial).	}	Chevretin et Lematte, 24, rue Cau-
<i>Chloroforme</i> , chimiquement pur.	}	martin. TÉLÉPHONE 245.56.
<i>Anesthésique local du Dr R. B. Waite.</i>	}	Société Française de Fournitures Dentaires.
<i>Somnoforme.</i>	}	TÉLÉPHONE 214.47.
<i>Stovaine Billon.</i>	}	

PRODUITS PHARMACEUTIQUES

<i>Adrénaline Clin. Clin et C^o.</i> 20, rue des Fossés-Saint-Jacques, PARIS.		
<i>Ampoules MOREAU pour l'Art dentaire</i> (cocaïne, tropacocaïne, etc.).	}	
<i>Ampoules MOREAU à la Stovaine</i> 1 et 2 cc ³ — 2 fr. et 2 fr. 50. Paris, 5, Rond-	}	
Point de Longchamp, 45, rue de La Tour-d'Auvergne, Société coopérative.	}	
<i>Formyl-Géranium.</i>	}	Société Française de Fournitures Dentaires.
<i>Xyléna.</i> Liquide antisепtique.	}	TÉLÉPHONE 214-47.

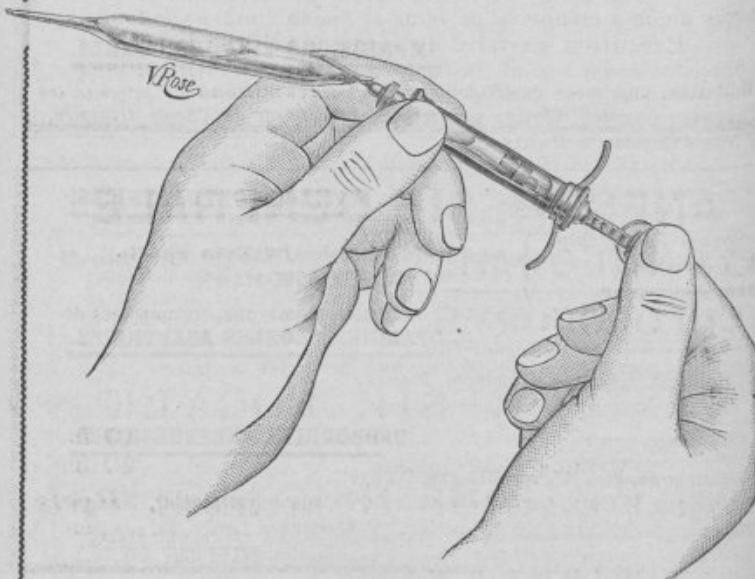
PROTHÈSE A FAÇON.

Lalement et Coutif, 5, rue de Laborde (Travaux artistiques). TÉLÉPHONE 550.73.
Pauchet, 23, rue Lemercier, Paris. *Travaux soignés, prix modérés.*
B. Platschick, 3, rue Ventadour (*Laboratoire spécial*). TÉLÉPHONE 222.82.

Nouvel Anesthésique local
LA STOVAÏNE-BILLON

SYNTHÈSE: Chlorhydrate de dyméthyl-amino-benzoïl-pentanol.
 Deux fois moins toxique que la cocaïne

— PLUS D'ACCIDENTS DE VASO-CONSTRICITION PRODUITS PAR LA COCAÏNE —



Seule, la **STOVAÏNE-BILLON** a été l'objet d'un rapport spécial fait par M. BILLON à l'Académie de Médecine, le 29 mars 1904.

Se méfier des produits vendus sous le nom de Stovaïne qui n'ont rien de commun avec cette dernière.

Voir: *L'Odontologie*, 30 avril 1904, pages 377 à 390, article du Dr E. Sauvage, professeur à l'Ecole dentaire de Paris.

Les Archives de Stomatologie, avril 1904, pages 61 à 67, article du Dr R. Nogué.

La Revue de Stomatologie, avril 1904.

La Presse Médicale, 13 avril 1904, etc., etc.

En boîtes de 12 ampoules de 2 c/c Frs.	4 "
— 50 — — — —	15 "

DÉPOSITAIRES GÉNÉRAUX :

Société Française de Fournitures Dentaires

58 bis, Rue de la Chaussée-d'Antin, PARIS

Adresse Téligr.: SOCIÉDENTS-PARIS. Téléphone : 214-47

En vente dans tous les Dépôts dentaires de Paris & de Province

Dépositaire Général en Belgique, L. Mairlot, 24, place Sainte-Gudule. Bruxelles.

L'ODONTOLOGIE

L'Odontologie est une TRIBUNE LIBRE, où toutes les opinions peuvent se produire; les signataires gardent l'entièbre responsabilité de leurs appréciations.

BULLETIN

LE DENTISTE AMÉRICAIN

Par le Dr E. SAUVEZ,
Professeur à l'École dentaire de Paris.

Dans cet article je désire essayer de faire un tableau rapide de ce qu'éveille, dans ma pensée, en revenant des États-Unis, le mot « Dentiste américain ». J'ai écrit ces notes à la hâte, et, je l'avoue, sans chercher l'ordre ni la méthode. J'ai voulu surtout exprimer mes impressions telles qu'elles me venaient à l'esprit, parce que je pense, peut-être à tort, que les choses les plus importantes à faire connaître sont principalement les impressions qu'on éprouve. Dans d'autres articles je donnerai des détails plus précis et des renseignements plus documentés.

Le dentiste américain a des qualités multiples qui tiennent à sa nationalité et à l'éducation qu'il reçoit dans les écoles dentaires. Il faut avoir égard aussi au milieu dans lequel il vit, milieu qui comprend l'importance de son travail, le rémunère suffisamment et le considère à l'égal de tout autre spécialiste médical. Souvent même, quand le dentiste a acquis un certain renom ou une certaine fortune, il est mieux considéré que le médecin.

Il emprunte aux qualités du peuple américain une tenue toujours absolument correcte et le plus souvent élégante.

Comme tous les Américains du monde, il a toujours l'aspect d'un gentleman, ce mot résument toutes les qualités extérieures de l'homme du monde américain : linge extrêmement propre, mains particulièrement soignées, chaussures parfaitement bien cirées, cheveux courts ou bien peignés, pantalons avec plis soigneusement faits et habits passés fréquemment au coup de fer, en un mot, il a une tenue toujours correcte et élégante.

Il paraîtra puéril d'insister sur ces détails, mais j'ai la conviction qu'une des multiples raisons du succès des dentistes américains est leur tenue toujours irréprochable, leur aspect d'hommes du monde. Il faut reconnaître d'ailleurs que ces qualités ne sont pas spéciales aux Américains et qu'il serait très facile de les imiter en cela. Ils nous reprochent d'une façon générale notre laisser-aller et disent que nous avons souvent une allure un peu débraillée.

En dehors de ces qualités tout extérieures, l'Américain apporte à son travail une attention extrême et une ardeur passionnée. En ne comptant que les heures de travail, je ne pense pas qu'il arrive à travailler plus que nous, puisque la plupart des « offices » ne sont ouverts que de 9 heures à 5 heures et que, sitôt son cabinet fermé, il rentre au « home » ou va au club. Mais, pendant qu'il travaille, c'est-à-dire de 9 heures à 5 heures, avec une interruption d'une demi-heure pour le lunch, il travaille avec la volonté absolue de ne pas perdre un instant.

Il suffit de regarder travailler les ouvriers américains, terrassiers, plombiers, maçons, peintres, etc., pour voir l'ardeur qu'ils déploient tous pendant les heures consacrées au travail, qui est pour eux une chose absolument sacrée. Dans les fabriques que j'ai visitées, dans les usines, dans les manufactures, à partir de l'ouverture jusqu'à la fermeture, les ouvriers américains n'arrêtent pas un instant, ne lèvent pas la tête quand il arrive un étranger ou un visiteur. Ils ont le plus grand mépris pour le paresseux, ne rêvent jamais comme chez nous et, pour tout ce qui est travail pratique, ils sont très attentifs.

Le dentiste américain a la même conception du travail et de la liberté. A un moment donné et lorsque l'heure du repos est sonnée, tout travail est terminé. Ce praticien est extrêmement exact, procède toujours par rendez-vous et fait payer les rendez-vous manqués.

Le samedi, à une heure, tous les magasins sont fermés et la plupart des « offices » aussi. Les dentistes sont donc libres tout l'après-midi et toute la soirée du samedi. C'est ce jour-là que la ville est le plus gaie parce que tout le monde sort et s'amuse.

Le dimanche, au contraire, il n'y a personne dans les rues, tout le monde est à l'église ou enfermé dans sa maison et il est de mauvais ton de se distraire le jour consacré au Seigneur. On n'entend jamais un piano le dimanche et dans beaucoup de villes, à Philadelphie entre autres, il est impossible de se faire servir un verre de bière ou de vin, quelque prix qu'on y mette.

Dans certains États semi-tolérants, on veut bien vous servir des boissons, mais à la condition de servir en même temps à manger, ou tout au moins de faire semblant. Aussi, apporte-t-on sur la table un plat contenant des débris de pain desséché ou des morceaux de sandwich, et la morale est satisfaite.

La plus grande tolérance religieuse existe ; chacun pratique la religion qui lui plaît. Les protestants, qui forment la masse principale, se divisent en sectes nombreuses. Chacun peut fonder une religion, il trouvera toujours des adeptes, mais il est de mauvais ton de n'avoir aucune religion.

S'amuser le dimanche est considéré comme absolument anti-religieux et nous avons vu des jeunes gens de 22 et 23 ans discuter très sérieusement sur l'avenir de l'âme d'un de leurs professeurs, qui était un excellent homme et qui avait toujours fait beaucoup de bien autour de lui, la majorité étant d'avis qu'il n'avait pas dû aller au ciel parce qu'il s'amusait le dimanche à jouer du violoncelle.

Les écoles dentaires américaines, qui sont au nombre de soixante-cinq pour les États-Unis, demandent trois ans

d'études et l'on y entre après un examen dont le niveau, de l'avis de la plupart des professeurs, n'est pas assez élevé. Elles sont en général très bien aménagées et certaines sont même très luxueuses.

Après ces trois années d'études, les élèves obtiennent le diplôme de l'École et doivent ensuite obtenir le diplôme d'État. Il n'y a, pour ainsi dire, que des dentistes pour professeurs et pour examinateurs à l'École et aux examens d'État. Il en est ainsi du moins dans les États les plus peuplés car, dans certains, il suffit pour exercer d'être diplômé de telle ou telle École acceptée par la « *National Dental Association of Dental Faculties* ». Dans certains États règne même la plus entière liberté d'exercice.

L'organisation est donc absolument la même qu'en France. L'examen d'État varie comme difficulté suivant les régions et les États et, lorsqu'un dentiste veut exercer dans un autre État, il est souvent forcé de passer un nouvel examen. Le programme est à peu près analogue à celui de nos écoles, mais le nombre des opérations imposées est beaucoup plus considérable et celles-ci sont strictement exigées.

Les écoles sont en général ouvertes toute la journée et les étudiants sérieux peuvent travailler la dentisterie opératoire ou la prothèse du matin au soir.

Les soins donnés sont tantôt gratuits, tantôt rémunérés au moyen d'un droit d'entrée général payé par les malades. Presque toujours ceux-ci paient les matières premières pour les aurifications, les couronnes et les bridges, mais l'élève n'a pas à s'occuper de ces questions, qui sont réglées directement par l'administration de l'École.

Il semble illogique, au premier abord, qu'avec les mêmes conditions d'enseignement (je pense même que l'examen requis pour prendre la première inscription est d'un niveau moins élevé que les examens demandés chez nous), il semble illogique, dis-je, que l'élève qui sort au bout de trois ans d'une école dentaire américaine ait en moyenne une habileté plus grande comme aurificateur et comme opéra-

teur que l'étudiant qui sort au bout du même temps de la plupart des écoles des autres pays. Je crois que la principale raison en est que les Américains arrivent à créer dans les écoles dentaires un esprit spécial — qu'on pourrait appeler « esprit dentaire », si ce terme signifiait quelque chose — qui anime tous les étudiants. Les élèves sont très attentifs aux cours, très studieux, ne s'amusent pas, car l'Américain s'amuse très rarement et, dès son plus jeune âge, il est extrêmement sérieux dans son travail. Ils comprennent tous, étant donné le nombre considérable des dentistes dans leur pays (32.000 pour une population de 80 millions d'habitants), qu'il ne suffit pas d'arriver péniblement au diplôme requis par l'État, mais que, s'ils ne connaissent pas pratiquement le travail que les clients demanderont, ils ne parviendront pas à gagner leur vie.

Ce nombre de 32.000 est véritablement effrayant. Il y a des dentistes à toutes les portes et quelquefois jusqu'à vingt dans une maison. Dans les villes on compte à peu près un dentiste pour 1.000 habitants et, dans une ville comme Paris, il y en aurait 3 ou 4.000.

Les étudiants ne causent entre eux que de dentisterie, de préparation de cavités, d'outillage, de leurs cours et ils emploient leurs trois années sans perdre un instant. Leurs cours, leurs travaux pratiques, leur prothèse, leur dentisterie opératoire ont lieu à des heures fixées d'avance et la plus grande exactitude est de règle dans les écoles.

Comme les patients sont bien au courant de la dentisterie, ils réclament le plus souvent d'eux-mêmes soit une obturation à l'amalgame, soit une obturation à l'or, soit une couronne, soit un bridge, et les élèves sont initiés de bonne heure à tous ces soins, qu'ils exécutent avec la plus grande minutie.

En dehors des professeurs, qui sont peu nombreux, il y a un grand nombre de démonstrateurs qui assurent les démonstrations pratiques en se relayant de deux en deux heures ou de trois en trois heures, toujours avec la même exactitude et la même ponctualité, de sorte que le service

de la dentisterie opératoire fonctionne sans interruption depuis 9 heures du matin jusqu'à 5 heures du soir.

Il en est de même pour le service de la prothèse. Avant d'être admis à soigner les malades, les élèves suivent pendant un temps variable un certain nombre de démonstrations pratiques faites sur des dents énormes, s'il s'agit de préparations de cavités, ou sur des mâchoires énormes en carton, s'il s'agit de prothèse.

Ce qui est surtout parfaitement enseigné, c'est la dentisterie opératoire. En prothèse, nous ne pensons pas d'une façon générale que le niveau moyen des dentistes américains soit supérieur au nôtre.

C'est cet esprit dentaire qui règne dans les écoles qui joue le rôle le plus important. Il est dû aux relations constantes des professeurs avec les élèves, aux bons rapports de courtoisie et de confraternité qu'ils entretiennent les uns avec les autres, aux rapports des professeurs avec les associations d'étudiants, aux leçons de correction et de déontologie que les élèves reçoivent souvent; enfin, il est dû surtout au sérieux, à la gravité de l'esprit des Américains.

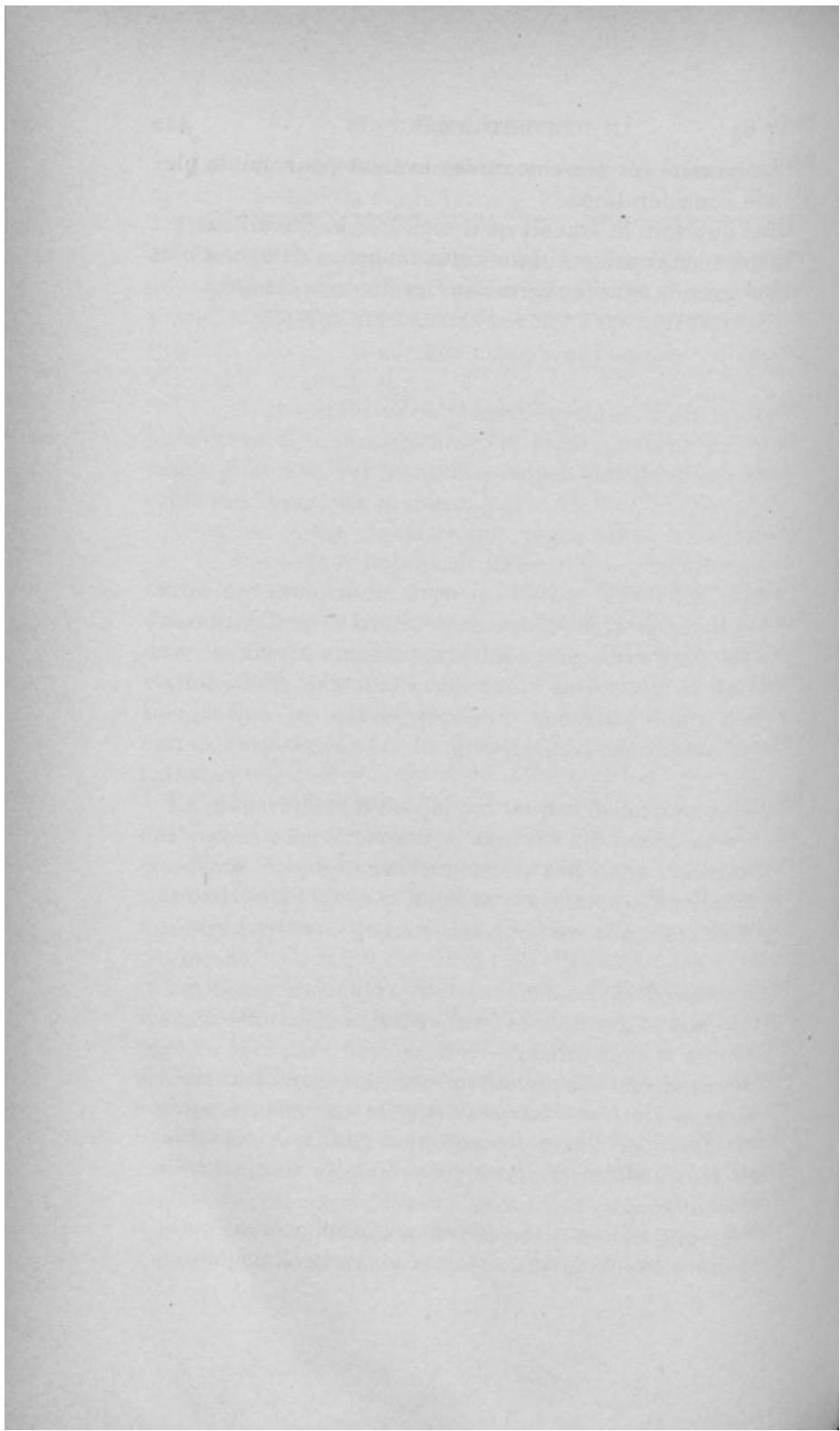
La plupart des élèves qui ont un peu de fortune prennent des leçons supplémentaires, suivent des cours de « Post-Graduate » pour se perfectionner, soit dans l'aurification, soit dans le bridge, soit dans la porcelaine, et certains professeurs arrivent à gagner des sommes considérables avec ces leçons.

Les étudiants pauvres mettent encore plus d'ardeur à leur travail, étant déjà habitués par l'existence à ne compter que sur leur initiative pour se tirer d'affaire dans le monde, et, si leurs ressources sont très modestes pour leur permettre de continuer leurs études, ils occupent les trois mois de vacances à travailler, soit comme employés, soit comme assistants, soit même comme conducteurs de « cars » pour mettre de côté pendant leurs vacances la somme nécessaire à leurs études. Nous avons rencontré ainsi à Philadelphie un conducteur de tramway qui était étudiant en philosophie.

à l'Université et ses camarades avaient pour lui la plus grande considération.

Quel que soit le travail qu'il exécute, le travailleur est toujours bien considéré dans cette immense démocratie et la plus grande égalité règne dans les diverses classes.

(A suivre.)



Travaux Originaux

UN CAS DE TRAUMATISME DENTAIRE SUIVI DE RÉIMPLANTATION

Par le Dr CH. GODON,
Professeur à l'École dentaire de Paris.

(*Communication à la Société d'Odontologie de Paris, séance du
4 avril 1905.*)

Le 29 novembre dernier, il s'est présenté à ma consultation un jeune garçon d'une douzaine d'années environ, amené par ses parents. Il venait de faire, en jouant avec ses camarades, une chute en avant et la tête avait porté contre le sol. Il présentait une tuméfaction de la face, un gonflement assez prononcé des lèvres et des gencives et de la muqueuse palatine, ainsi qu'un ébranlement des trois dents antérieures — l'incisive centrale gauche et les incisives latérales — des fractures partielles des couronnes des incisives latérales et de l'incisive centrale gauche (angles médians et distants) ; enfin, on remarquait l'absence de l'incisive centrale droite qui, d'après les parents, avait dû être projetée au dehors par le choc et qui n'avait pas été retrouvée.

Les trois incisives restantes étaient si ébranlées qu'un frère consulté avant moi en avait proposé l'extraction immédiate.

Après un examen sommaire, car j'étais très occupé ce jour-là, je fixai un rendez-vous pour le 2 décembre, après avoir prescrit des lavages antiseptiques et une alimentation liquide ; je recommandai également de faire rechercher la dent absente.

A la séance suivante, les parents m'annoncèrent qu'on n'avait pas retrouvé la dent, malgré les recherches les plus

minutieuses. Cela me mit en défiance. J'explorai le fond de l'alvéole, qui n'avait pas diminué, et je sentis assez profondément un corps dur qui, par le son qu'il rendait à la percussion et l'exploration que j'en fis avec le stylet, car il était impossible de rien voir, me parut être la couronne de la dent.

Ainsi cette dent, qui, d'après le dire de l'enfant et des parents, existait bien dans la bouche avant l'accident, avait, au lieu d'être projetée en dehors, subi un enfoncement considérable à travers l'alvéole, dans le maxillaire, au point que l'enfant éprouvait une certaine gène et une certaine douleur en se mouchant.

Je décidai de retirer cette dent de cette position anormale et de tenter de la remettre à sa place et de l'y consolider, malgré l'élargissement considérable de l'alvéole et l'ébranlement des dents voisines.

Pourtant je proposai de ne faire cette opération que lorsque les désordres voisins se seraient un peu atténués.

Il y avait un peu de suppuration ; j'ordonnai de continuer les lavages antiseptiques. Je fis moi-même des injections à l'eau oxygénée et j'attendis.

A la troisième séance, la plaie allait mieux ; les dents se consolidaient lentement ; la suppuration diminuait, ainsi que le gonflement des gencives.

Je me décidai, le 9 décembre, à tenter l'opération. J'introduisis le davier droit à racine au fond de l'alvéole, je réussis à saisir la dent et je tentai de la ramener à sa place, mais l'alvéole était si élargi par la fracture des cloisons inter-alvéolaires qu'à la suite d'un mouvement de l'enfant la dent sortit de la bouche et alla tomber dans le crachoir, qui était heureusement un crachoir fontaine à eau courante.

Malgré ce petit incident, je ne me décourageai pas. Je tentai alors la réimplantation. Après les diverses précautions antiseptiques plus particulièrement indiquées dans le cas présent, je fis au collet de la dent une ligature au fil de soie, dont je fixai les extrémités aux dents voisines et aux bicuspides, ce qui fut assez laborieux, étant donné l'état d'inflammation de la bouche et l'ébranlement des incisives.

Je continuai les soins antiseptiques et peu à peu, la plaie se cicatrisant, j'eus la satisfaction de voir la dent ainsi réimplantée reprendre sa solidité, malgré les mauvaises conditions dans lesquelles cette opération avait été exécutée.

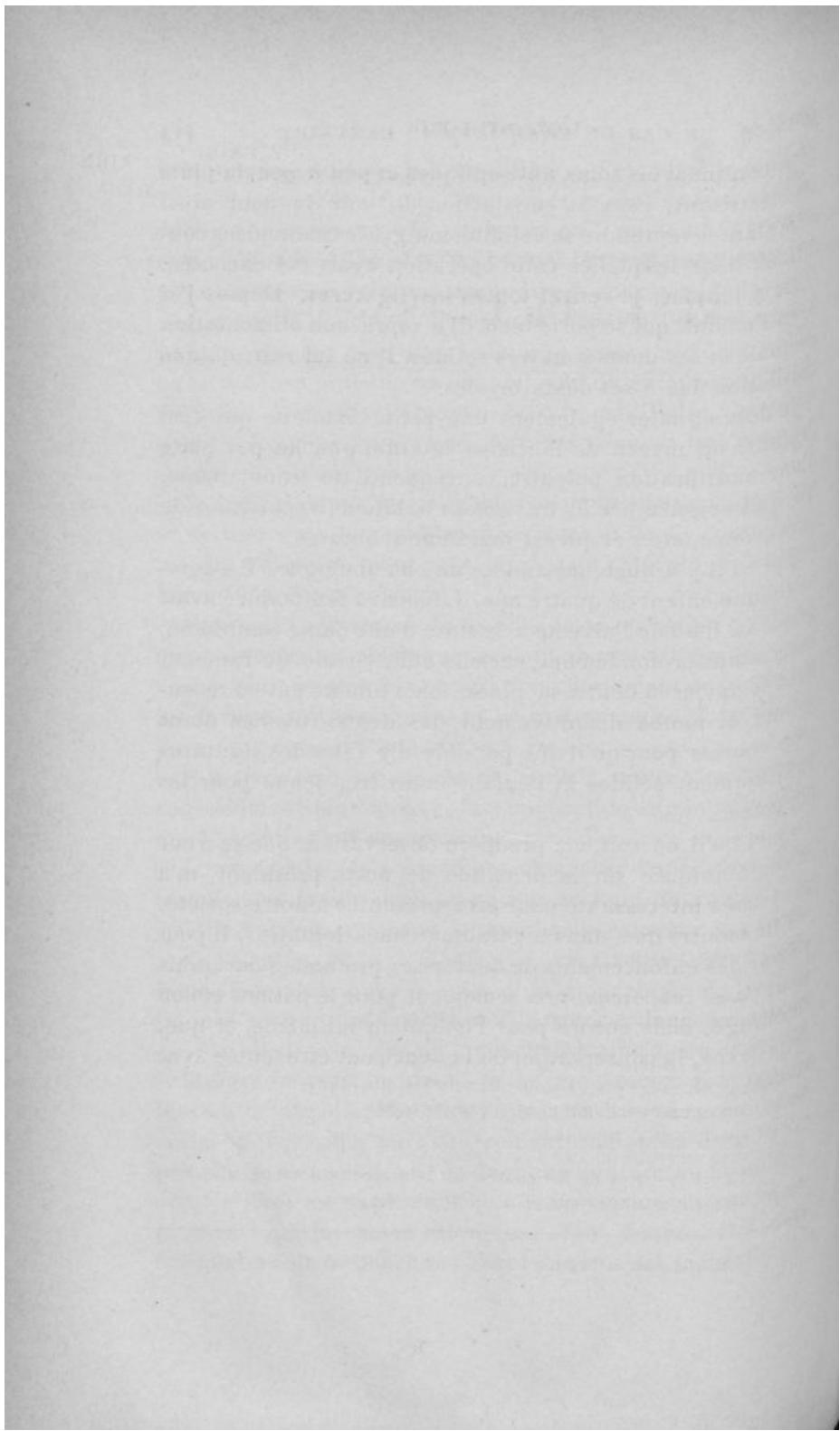
Le 5 janvier, je retirai toutes les ligatures. Depuis j'ai revu l'enfant, qui se porte bien. Il a repris son alimentation normale et ses dents sont très solides. Il ne lui reste qu'une mutilation due à ses dents brisées.

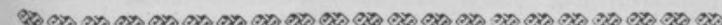
Je dois signaler également une petite fistulette qui s'est produite au niveau de l'incisive latérale gauche par suite d'une mortification pulpaire, conséquence du traumatisme, que j'ai soignée par le traitement habituel (trépanation de la couronne, etc.) et qui est maintenant obturée.

J'ai eu il y a quelques années un cas analogue. Il s'agissait d'une enfant de quatre ans. L'incisive temporaire avait glissé au fond de l'alvéole à la suite d'une chute semblable, mais moins profondément, car elle était visible. Je ramenai avec le davier la dent à sa place, mais elle ne put se reconstruire et tomba définitivement, les dents voisines étant trop courtes pour qu'il fût possible d'y faire des ligatures suffisamment solides et l'enfant étant trop jeune pour les supporter.

Quoi qu'il en soit, ma première observation, que je vous ai communiquée sur la demande de notre président, m'a paru assez intéressante pour être présentée à notre société.

Elle montre que, dans les traumatismes dentaires, il peut y avoir des enfoncements de dent assez profonds pour qu'ils aient passé inaperçus, non seulement pour le patient et son entourage, mais encore pour l'opérateur lui-même, et que, dans ce cas, la conservation de la dent peut être tentée avec succès.





REVUE DE L'ÉTRANGER

ÉTUDE DE CERTAINES QUESTIONS RELATIVES A LA PATHOLOGIE DENTAIRE

Par W. D. MILLER.

Traduit de l'anglais par K. LOGAX, D.E.D.P., D.F.M.P.

(3^e article^{1.})

Solutions et mélanges.

Voici les principaux :

1. Bouillon comprenant : eau 100, extrait de bœuf 1.5, peptone 1.5, sucre 2 à 3, neutralisé, stérilisé et infecté de salive.
2. Même solution mélangée d'égales parties de salive.
3. Salive avec 2 ou 4 0/0 de sucre.
4. Mélanges faits en triturant du pain et de la viande, quelquefois en y ajoutant de l'eau ou de la bière, bien que cette dernière cause des difficultés.

Les dents entières, ou coupées par moitié, ou par plus petits fragments, furent suspendues dans ces mélanges au moyen d'un fil de soie de manière à être attaquées de tous côtés par les acides. Les solutions furent souvent renouvelées, journalièrement parfois, et conservées tout d'abord dans l'autoclave. Quand la fermentation s'était produite elles étaient maintenues à la température d'une chambre ; quelquefois on les laissa dans l'autoclave pendant toute l'expérience. Il faut éviter la contamination par des moisissures qui absorbent l'acide et transforment la réaction en réaction alcaline. S'il se forme des moisissures, il faut enlever les dents et les placer dans une solution phéniquée à 1 0/0 pendant un jour ou deux et recommencer l'expérience.

Ces expériences avaient pour but de comparer des dents molles à des dents dures au point de vue de la susceptibilité sous l'action de l'acide. Tout d'abord j'essayai de les colorer au bout de quelques heures avec des solutions d'éosine, mais je n'obtins pas de bons résultats.

1. V. *L'Odontologie* des 15 janvier 1905, p. 19 et 15 février 1905, p. 163.

Des expériences concernant la susceptibilité des différentes dents à la carie seraient très incomplètes si la dentine seule était prise en considération. L'émail offre aux agents destructeurs une résistance beaucoup plus grande que celle de la dentine, et la protection qu'il donne aux dents est de la plus haute importance. Cette propriété est mise en évidence dans la figure 17 montrant une dent qui a été exposée pendant des mois à l'action d'acides très faibles.

Je veux d'abord parler de plusieurs faits que mes investigations ont mis en lumière et qui sont d'importance considérable pour nous aider à une compréhension parfaite du phénomène de la carie dentaire.

En premier lieu je dois répéter que, dans la carie des dents, la destruction chimique de l'émail se fait en grande partie de l'intérieur à l'extérieur et est aidée notablement par des agents chimiques.

Des types de ce cas sont montrés dans les figures 18 et 19 : légère action sur la surface externe ; pénétration de l'acide par un canal comparativement étroit dans lequel les aliments peuvent être introduits pendant la mastication ; action étendue sur la surface interne, et, finalement, le pont d'émail rompu par l'action chimique. Les figures 20 et 21 démontrent les mêmes traits sur la surface proximale et au collet de la dent.

La surface externe intacte de l'émail offre une résistance plus forte à l'action d'acides faibles et une résistance beaucoup plus grande que la surface interne (fig. 22 et 23).

La figure 23 montre une section d'une dent dure qui a été meulée afin d'exposer la dentine et suspendue pendant un an et neuf mois, dans la solution n° 1, continuellement renouvelée. La face externe de l'émail ne montre que très peu de désintégration, tandis que la dentine est entièrement décalcifiée aussi bien qu'une partie de la surface interne de l'émail.

Des fissures, des contusions ou tout autre défaut naturel ou artificiel diminuent sensiblement cette résistance ; la figure 24 montre l'effet d'une contusion de la surface d'émail par un davier pendant l'extraction.

La résistance de l'émail paraît être due, en partie, à l'action protectrice de la cuticule de l'émail (figure 25). J'ai reproduit ici une section de dent exposée à la solution n° 1 pendant neuf mois et demi. Mon attention a été attirée sur ce fait surtout parce qu'elle montrait une zone d'environ 2 millimètres de largeur qui ne paraissait pas avoir été du tout affectée, tandis que le reste de la surface était blanc et crayeux. En soumettant cette dent à l'action d'une solution d'acide chlorhydrique à 50/0, j'ai trouvé que la zone mentionnée était encore recouverte de la cuticule de l'émail qui manquait aux autres parties. Ce fait, accompagné d'autres observations, m'a conduit à la conclusion que la cuticule de l'émail assure une certaine protection à la dent et ne devrait pas être détruite sans raison dans les opérations dentaires (fig. 17).

Il faut aussi remarquer que dans les caries dentaires la cuticule de l'émail n'est pas enlevée simplement de la surface de la dent, comme elle l'est par les acides chlorhydrique ou nitrique. Une dent peut rester

Pendant des mois dans des solutions caustiques et l'émail subira une décalcification considérable sans perdre la cuticule de l'émail. La figure 26 démontre ce fait. Cette dent a été suspendue pendant deux mois dans la solution n° 4 et décalcifiée à une certaine profondeur. En exposant une section à une solution de 5 0/0 d'acide chlorhydrique, la cuticule de l'émail fut exposée ainsi que le montre la photographie.

Il en est de même à un degré surprenant dans la carie naturelle des dents. Par exemple, si l'on soumet une dent présentant un point de carie à l'action d'une solution de 2 à 5 0/0 d'acide chlorhydrique, on trouve que la cuticule de l'émail apparaît non seulement sur la surface saine, mais sur les bords de la carie où une décalcification considérable de l'émail a eu lieu. Au centre la cuticule paraît être collée à la surface de l'émail, malgré que l'action de la carie ait atteint la dentine (fig. 27 et 28). Elle adhère fermement à la surface de l'émail carié, et quand finalement elle s'en va après l'action prolongée de l'acide, elle emporte des fragments d'émail. Là où il y a eu perte de substance, la cuticule manque bien entendu.

Cette adhérence de la cuticule à la surface de la carie, peut expliquer le fait remarquable que l'émail carié offre beaucoup plus de résistance à l'action des acides que fait l'émail sain.

Sur la figure 29 j'ai reproduit une section d'une dent ayant un point noir caractéristique (marque de carie) sur la surface proximale. Cette dent fut gardée pendant 2 mois dans la solution n° 4 et continuellement brossée avec une brosse à dents. L'émail sain fut dissous autour de la marque de carie, comme le montre la figure 29.

Mes expériences ont mis en lumière une autre propriété de l'émail qui paraît encore plus importante. La surface externe de l'émail paraît être protégée par une couche mince, ou croûte, qui offre une résistance marquée à l'action des acides, en comparaison avec celle des couches plus profondes aux points où cette croûte, qui n'a qu'une fraction de millimètre d'épaisseur se retire mécaniquement, l'acide agit aussitôt plus rapidement qu'il ne le faisait auparavant. Ce point est clairement démontré par la figure 20.

Le même fait est prouvé par l'action des acides sur des sections d'émail coupées parallèlement aux prismes d'émail. Ici les couches plus profondes d'émail sont détruites, tandis que la surface externe est comparativement intacte et reste debout comme une pointe (fig. 31). Ceci explique pourquoi les faces proximales, quand la croûte extérieure est usée, deviennent très souvent le point de départ de caries (fig. 32 et 33). Dans des mélanges acides ou dans des solutions, elles sont toujours beaucoup plus affectées que la surface normale de l'émail. Nous reconnaissons ici la nécessité de conserver cette couche externe et d'éviter de limer sans nécessité, les points où la surface limée ne se nettoie pas automatiquement. Les fissures profondes doivent être considérées comme des points faibles de l'émail elles sont d'ailleurs universellement reconnues comme telles. Il en est de même de tous les défauts de l'émail qui fournissent un réceptacle aux aliments, sont susceptibles de devenir des foyers d'infection, par lesquels les acides pénètrent dans l'émail plus rapidement (fig. 34).

L'argument que les défauts de structure ne prédisposent pas les dents aux caries parce que l'émail de divers animaux présente des défauts semblables et ne se carie pas, n'est pas valable. Nous pourrions tout aussi bien dire que la chaleur n'a pas d'effet sur les habitants du Groenland parce qu'aucun Esquimau tant qu'il est resté dans son pays n'a eu à souffrir d'un coup de soleil. Une dent défectueuse ne se cariera pas dans la bouche d'un animal qui ne souffre pas de caries, pas plus qu'elle ne se carierait si nous la mettions dans une boîte. Les dents de beaucoup d'animaux ont des fissures profondes et ne se carient pas, mais nous commettions une erreur si nous en concluions que, dans la bouche humaine, ces fissures ne prédisposent pas la dent à la carie.

Quand une dent ou une surface de la dent est sujette à des influences qui produisent la carie, les parties faibles de la dent, fissures, contusions ou anomalies de structure, favoriseront les attaques et accéléreront le progrès de la carie. Les conclusions tirées de mes expériences sont basées sur des observations journalières et sont reproduites par les photographies.

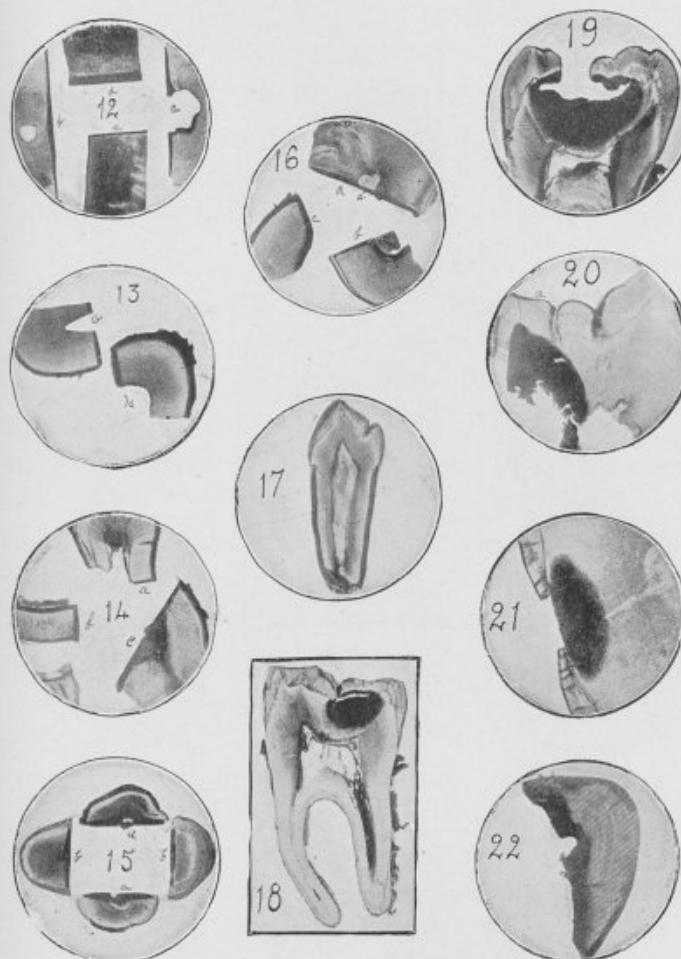
La question de savoir si l'émail sain des dents de différentes personnes, ou des différentes dents d'une même personne, montre différents degrés de résistance à l'action des acides, a été fait l'objet d'un grand nombre d'expériences, dans lesquelles l'action de solutions fermentescibles, aussi bien que celle de mélanges de salive et d'aliments sur l'émail de dents temporaires et de dents dures et friables, a été déterminée. Les expériences eurent lieu sur une période variant de quelques jours à un an et neuf mois, et quelques-uns des résultats sont donnés dans les photographies ci-jointes.

Les résultats de ces expériences ne laissent pas de doute sur ce point que l'émail des dents de différentes personnes, que les différentes dents de la même personne et les différentes parties des mêmes dents, présentent des différences de résistance à l'action des acides, tout comme l'épaisseur de la couche de l'émail (V. fig. 40), l'intégrité de la surface de l'émail, le manque de fissures, de fentes, de lignes faibles de prismes imperfectement calcifiés, etc., au point où ils viennent dans la sphère de l'infection. Ici aussi, nous devons éviter l'exagération. Mes expériences m'ont conduit petit à petit à la conclusion qu'il n'y a pas de facteur unique expliquant l'immunité ou la susceptibilité à la carie, mais qu'il y a un grand nombre de facteurs dont quelques-uns se trouvent dans les dents mêmes, et d'autres dans l'entourage. De même la résistance de l'émail n'est qu'un de ces facteurs et son importance varie beaucoup dans les cas différents. Il m'est arrivé de voir une dent que je classais dans la variété friable offrir autant de résistance qu'une autre que j'aurais considérée comme étant dure, et en ce moment j'ai une dent temporaire en observation qui paraît être aussi solide que les meilleures dents permanentes.

16^e Influence de la vitalité de la dent sur la marche de la carie.

C'est un fait reconnu que la pulpe des dents cariées à un faible degré répond bien souvent à l'invitation qui lui est transmise par les canalicules dentinaires, en élevant un mur de dentine secondaire et en oppo-

PLANCHE III.



- Fig. 12. — Décalcification inégale des différents genres de dentine dans les mêmes conditions.
 Fig. 13. — Décalcification inégale d'une dent d'un individu indemne et d'une première molaire d'un enfant de 10 ans exposées dans une solution pendant deux mois et huit jours.
 Fig. 14. — Décalcification inégale de dents dures *a*, molles *b*, temporaires *c*.
 Fig. 15. — Décalcification inégale de dentine restée huit mois dans la solution.
 Fig. 16. — Comparaison d'une dent d'un individu indemne *a* avec une dent saine temporaire *b* et une dent molle *c*.
 Fig. 17. — Action comparative des acides sur l'émail et sur la dentine. Dent plongée pendant plusieurs semaines dans la solution n° 1.
 Fig. 18. — Caries minées : destruction de la substance de la dent à l'intérieur.
 Fig. 19. — Caries minées : destruction de la substance de la dent à l'intérieur.
 Fig. 20. — Caries minées de la surface approximale. Chapeau d'émail non carié sur le point de se briser.
 Fig. 21. — Carie minée près du collet.
 Fig. 22. — Action inégale de l'acide sur la surface interne (A) et externe (B).

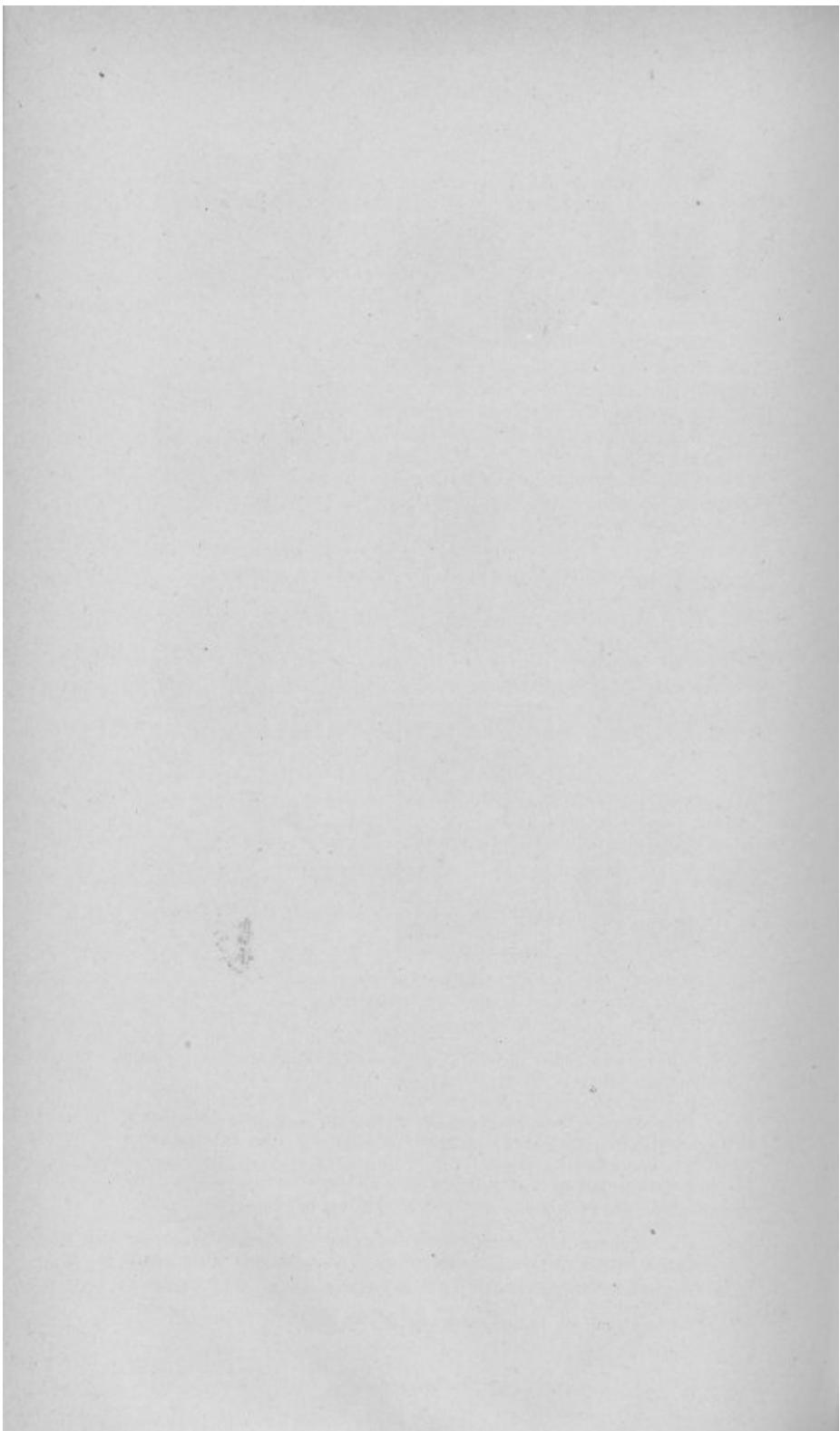


PLANCHE IV.



Fig. 23. — Résistance marquée de la surface externe de l'émail comparée à la décalcification totale de la dentine et destruction de l'émail de la face interne.

Fig. 24. — Action de l'acide sur une surface contusionnée.

Fig. 25. — Action protectrice de la cuticule de l'email.

Fig. 26. — Email épaisse sur une dent laissée pendant 2 mois dans un mélange de pain et de salive et considérablement décalcifiée.

Fig. 27. — Cuticule de l'email sous l'action de l'acide chlorhydrique adhérente encore à une surface cariée.

Fig. 28. — Cuticule de l'email sous l'action de l'acide chlorhydrique adhérente encore à la surface cariée.

Fig. 29. — Partie cariée résistant mieux à l'acide et à la brosse que l'email sain.

Fig. 30. — Action augmentée de l'acidité due à la perte de la couche externe d'email.

Fig. 31. — Résistance supérieure de la croûte externe d'email. A gauche l'email et la dentine ont souffert plus qu'à droite. Temps 2 mois 1/2.

Fig. 32 et 33. — Montrant la susceptibilité à la carie des faces approximales.

Fig. 34. — Les acides pénètrent par des points faibles de l'email ; carie commençant.

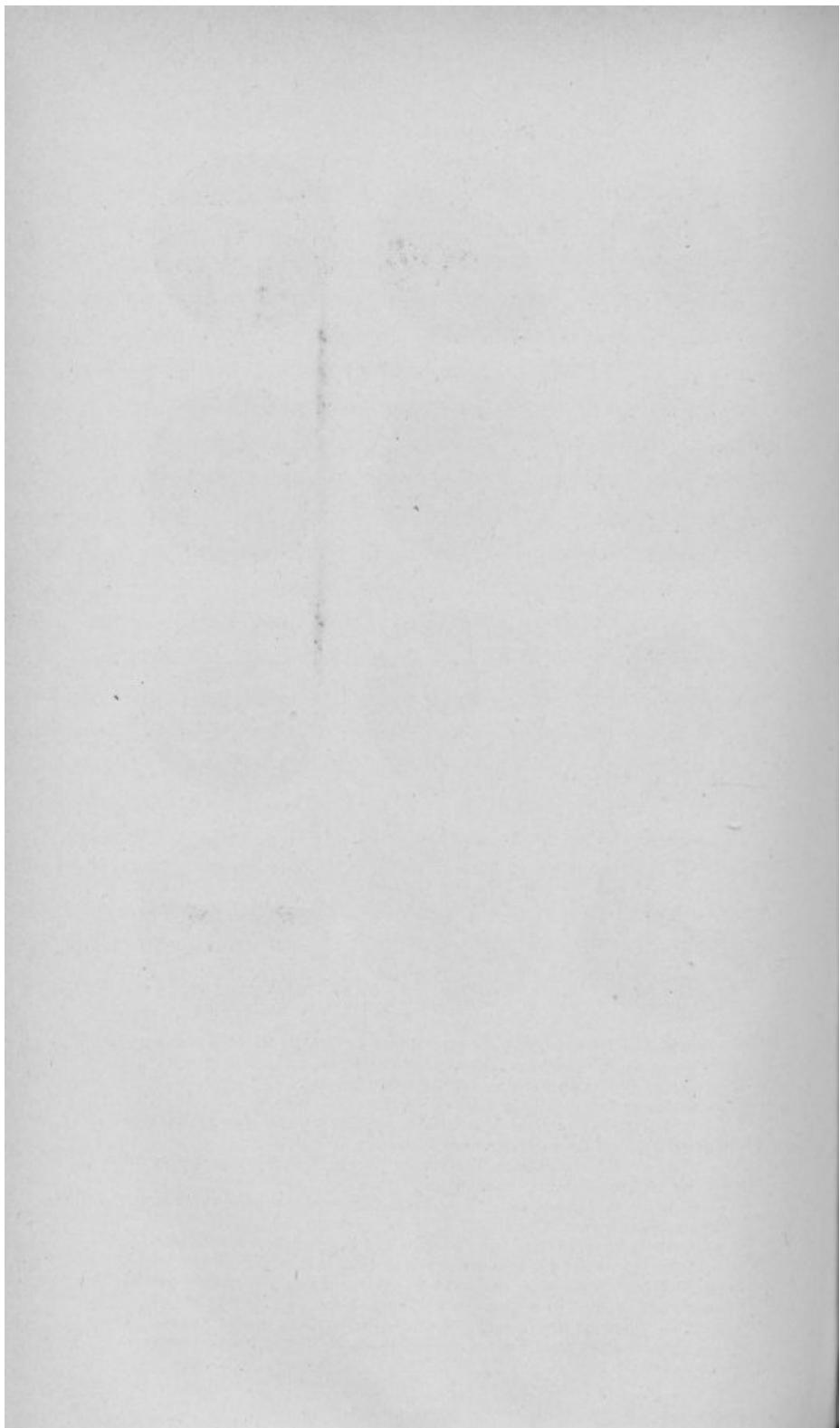


PLANCHE V.

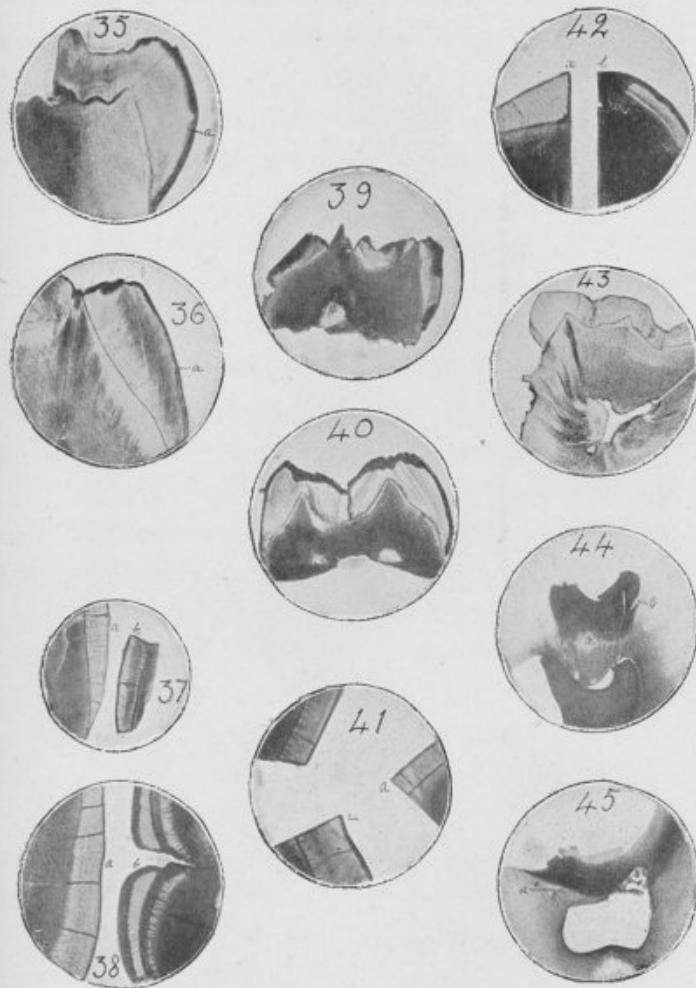


Fig. 35. — Molaire molle incomplètement développée.

Fig. 36. — Prémolaire dure jaunâtre. Les deux dents plongées dans la même solution pendant 3 mois. Couche décalcifiée d'émail. On voit que la décalcification est plus grande en 35 qu'en 36, et que (b) en 36 est plus affectée qu'à (A).

Fig. 37 et 38. — Action comparée sur émail dur (a) et émail mou (b). En 37, 3 mois, fig. 38, 10 mois 1/2 en solut. n° 1.

Fig. 39 et 40. — 39, dents molles, 11 mois 26 jours. 40, dents dures, en solution n° 1. Destruction presque complète de l'émail dans la dent molle.

Fig. 41. — Action comparée sur dent molle (b); dure (a); cariée (c).

Fig. 42. — Action comparée sur l'émail d'une dent indemne (a) et de la 1^{re} gr. mol. permanente molle.

Fig. 43. — Dépôt de dentine secondaire due à la carie chronique située au collet de la dent.

Fig. 44. — Résistance apparente de dentine transparente au progrès de la carie aux points A et B.

Fig. 45. — Dentine transparente due à un processus pathologique antérieur à la carie actuelle. Résistance apparente à la carie.

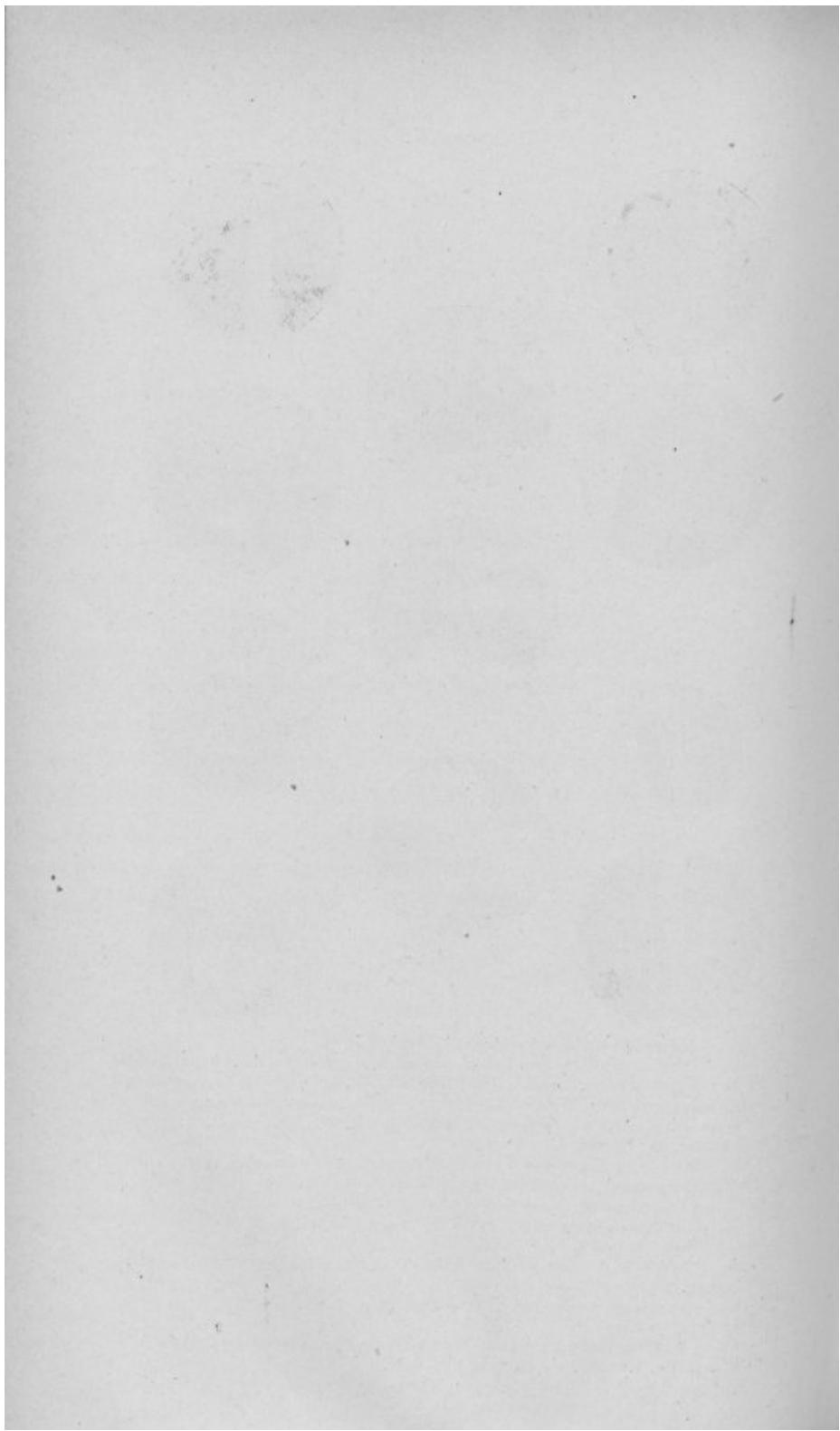


PLANCHE VI.

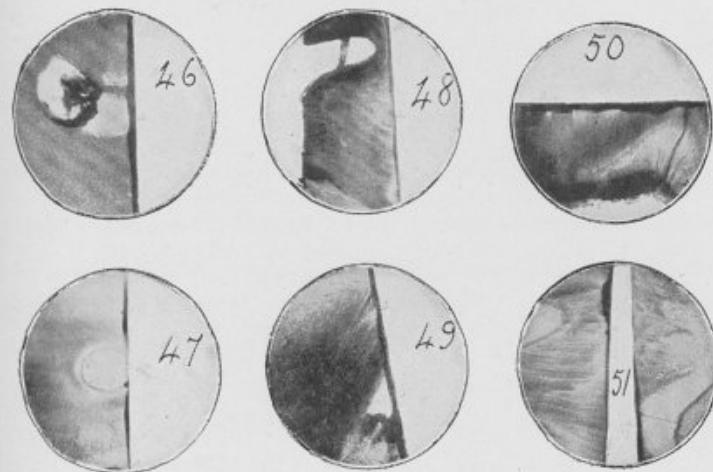
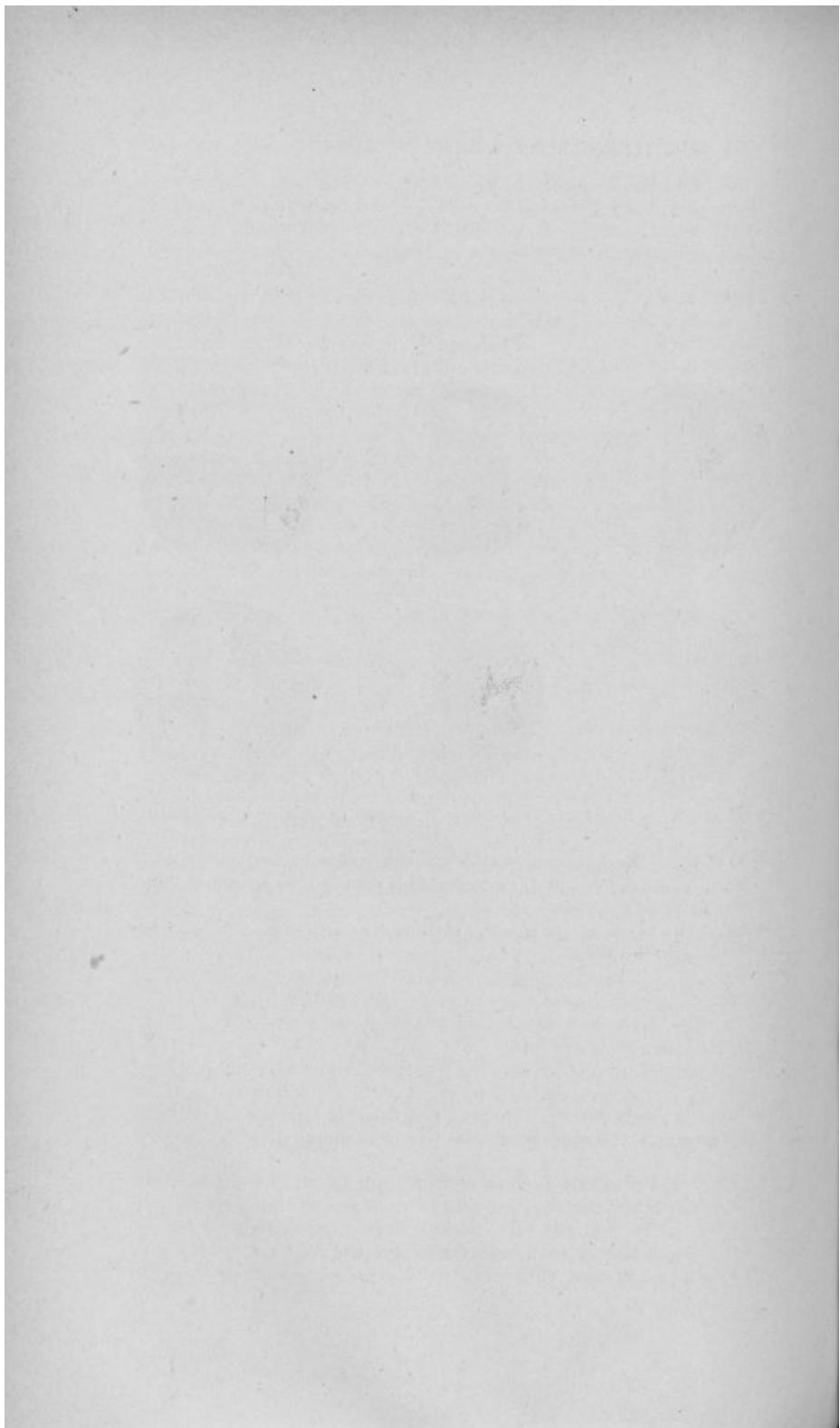


Fig. 46 et 47. — Résistance évidente de la dentine secondaire à la décalcification.

Fig. 48 et 49. — Décalcification retardée par une dentine transparente.

Fig. 50. — Exemple frappant de l'influence de la dentine transparente sur le processus de la décalcification.

Fig. 51. — Dentine guérie d'elle-même et démontrant aux points b. b. son immunité à l'action des acides.



sant ainsi une barrière entre la pulpe et la maladie progressive, barrière au moyen de laquelle sa vie et celle de la dent peuvent être prolongées. Toutefois c'est une question controversée de savoir s'il y a un changement de nature active à l'intérieur de la substance de la dentine déjà formée. Les uns prétendent que les tissus durs d'une dent pleinement développée ne sont pas sujets à des processus de nutrition ou de réaction de quelque nature que ce soit, et que ces tissus se comportent d'une façon complètement passive pendant la marche de la carie. Ceci est probablement le cas de la carie ; mais ce n'est certes pas exact pour la dentine, ainsi qu'il est abondamment prouvé par les changements de réaction (absence de transparence) qui accompagnent si souvent les caries de dents à pulpe vivante.

La question à considérer ici est de savoir si l'apparence d'une zone plus transparente devant la carie progressive, affecte le progrès de la maladie. Il est inutile d'en appeler à l'expérience parce qu'elle ne nous a donné que des résultats contraires ; la vérité est que, en général, l'opérateur est tellement occupé à remplir sa tâche au point de vue thérapeutique, qu'il n'apporte que peu d'attention à l'étiologie. Je suis d'avis que la zone de dentine transparente oppose une plus grande résistance à la carie que la dentine normale. Ce point de vue est confirmé par les préparations représentées par les figures 44 et 45.

Un acide agissant sur une dentine à résistance égale sur tous les points avance suivant une ligne régulière (V. fig. 45) et non fig. 44 à A. Ici la dentine transparente retarde le progrès de la décalcification. De même fig. 45. Côté gauche, la carie est retenue au point A.

L'évidence dans ces cas n'étant pas concluante, il était nécessaire de soumettre le sujet à une expérience comparative. Des dents convenant bien à cette expérience furent suffisamment meulées pour exposer les zones transparentes, et furent plongées dans des solutions en fermentation. Après deux à huit jours, des parties de ces dents furent meulées (quelques-unes sont reproduites dans les photographies 46 à 50).

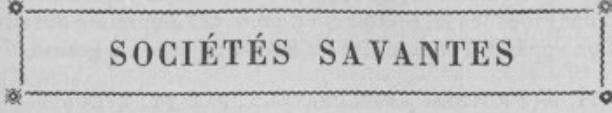
La figure 51 présente un phénomène qui doit encore être pris en considération. Deux prémolaires présentant une guérison qui se produisit d'elle-même, furent meulées de la surface triturante jusqu'à la dentine comparativement normale A, pendant que les parties B étaient encore fortement pigmentées. Ces dents furent suspendues dans la solution n°1. Des sections meulées après quatre jours révélèrent le fait remarquable que la dentine pigmentée, surtout dans la partie de droite, n'avait presque pas été touchée par l'acide.

Nous avons ici un phénomène qui rappelle l'immunité comparative similaire de la marque de la carie sur l'émail à l'action des acides. Cela concorde avec l'observation que j'ai si souvent faite que la dentine qui s'est guérie elle-même n'est que très lentement affectée par les acides.

En vue de ces résultats je dois conclure que la vitalité de la dent manifestée par la production de dentine secondaire et transparente, est un facteur qui ne doit pas être négligé dans nos essais pour expliquer tous les phénomènes d'observation relatifs à la carie dentaire. Que la vitalité de la dent offre une résistance à la marche de la carie

plus grande que celle de la dentine secondaire et transparente, c'est là un problème à résoudre aux prix de beaucoup de travail et de patience. Evidemment, il se produit dans la dentine certains changements d'une nature encore indéterminée qui la rendent jusqu'à un certain point imperméable aux acides. Ce fait, aussi bien que le fait noté plus haut que les dents marquées de carie offrent une plus grande résistance à l'action des acides, suggère des idées que nous devrions pouvoir utiliser dans le traitement prophylactique des dents. Sans aucun doute il est des substances qui, appliquées aux dents aideraient les changements sus-indiqués, et il reste à déterminer ces substances. Pour le moment on n'emploie dans ce but que du nitrate d'argent.

Les résultats des recherches dont j'ai parlé plus haut montrent qu'il y a beaucoup d'influences qui agissent sur les dents dans la bouche; les unes leur sont au plus haut point nuisibles, d'autres ne le sont que légèrement, tandis que d'autres ont même une action protectrice variant selon les conditions. L'action totale de toutes ces influences dépendra de la simultanéité de leur action et de la résistance offerte par les dents sur lesquelles elles agissent. La résistance dépend encore jusqu'à un certain point de la structure de la dent, de la perfection de la croûte externe, de la cuticule de l'émail et de l'absence de fissures, contusions ou points faibles produits par les prismes non calcifiés. La résistance peut être modifiée à un degré plus ou moins prononcé par un processus physique, chimique ou vital, qui se produit dans la dent elle-même.



SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ D'ODONTOLOGIE DE PARIS

Séance du 17 janvier 1905.

La séance est ouverte à 9 heures sous la présidence de M. Delair.

Le secrétaire général donne lecture d'une lettre du Dr Brophy de Chicago, remerciant la Société d'Odontologie de la médaille qu'elle lui a décernée. Nous sommes heureux d'extraire de cette lettre le passage suivant :

Le grand honneur que vous me conférez, venant d'une société, d'une nation et d'un peuple dont les belles traditions et la belle littérature ont tant enrichi les connaissances du monde ajoute à l'importance de vos résolutions ; de plus, je sais qu'il m'arrive avec une pleine expression de confraternité et avec ces salutations cordiales si manifestement caractéristiques chez les Français.

Un tel objet est une joie éternelle et cette magnifique médaille sera toujours conservée et chérie par moi et par mes enfants après moi, non seulement parce qu'elle est très artistique, mais encore et surtout parce que le témoignage de cordialité qu'elle représente, en même temps que la reconnaissance de mes humbles efforts dans mon œuvre professionnelle, sera toujours un souvenir délicieux.

1. — MÉTHODE DE REPRODUCTION D'APPAREILS EN CAOUTCHOUC, PAR M. CRAMER.

M. Cramer donne lecture de sa communication qui a été publiée dans *L'Odontologie* du 15 mars, page 291, il présente en même temps un malade porteur d'un appareil complet du haut ; deux appareils semblables ont été faits par M. Cramer par son procédé et chacun constate qu'indistinctement les deux appareils tiennent immédiatement dans la bouche du patient qui ne s'aperçoit pas du changement.

M. Delair remercie M. Cramer de sa communication après que MM. Platschich et Lecomte aient fait à l'auteur quelques remarques concernant l'originalité de sa méthode qui semble reproduire ce que l'on fait dans tous les laboratoires en prenant l'empreinte des diverses faces d'un appareil à reproduire ou à réparer avec du godiva.

II. — PROTHÈSE RESTAURATRICE, PAR M. LECONTE.

M. Leconte donne lecture de sa communication qui a été publiée dans le journal *L'Odontologie*, n° du 15 avril, page 379.

M. Delair félicite particulièrement M. Leconte dont la collaboration lui est si précieuse à sa clinique de l'Ecole, et dont l'appareil actuel est bien combiné au point de vue de la simplicité de confection et de la légèreté.

Les communications de MM. Blatter, Fournier et de Croës sont reportées à une séance ultérieure pour raisons de santé de leurs auteurs.

Séance du 7 février 1905.

La séance est ouverte à 9 heures sous la présidence de M. Delair. Le Secrétaire général donne lecture de lettres d'excuses de MM. Frey et Cramer qui ne peuvent venir pour raisons de santé.

I. — UN CAS DE MAL PERFORANT BUCCAL, PAR MM. BLATTER ET FOURNIER.

Cette communication a été publiée dans *L'Odontologie* du 28 février 1905, page 213.

M. Sauvez. — L'observation que présente M. Blatter est très intéressante. J'ai vu l'année dernière à l'hôpital Laennec un cas analogue contre lequel la thérapeutique a été impuissante. Il ne faut pas négliger de publier toutes les observations de mal perforant qu'on pourra rencontrer car c'est de l'ensemble de ces observations que pourra se dégager une thérapeutique plus sûre en même temps que des symptômes plus précis.

M. le Président remercie MM. Blatter et Fournier de leur très intéressante communication.

II. — NOUVEAUX ÉLÉVATEURS, LANGUES-DE-CARPE, PIEDS-DE-BICHE, PAR M. J. DE CROES.

Cette communication a été publiée dans *L'Odontologie*, du 15 mars, page 281.

DISCUSSION.

M. de Croës. — J'ai pris toutes mes dispositions pour que ces instruments types soient par le fournisseur mathématiquement calibrés. Aucun d'eux ne sera livré sans qu'il ait été passé au calibre qui a été établi. On n'aura plus ainsi d'instruments qui changent sans cesse de courbure et de volume.

M. Friteau. — Je ne crois pas d'une façon formelle à cette exactitude de calibre dont parle M. de Croës et je crois que cette fois encore, les fournisseurs ne nous livrent point des instruments toujours semblables. Quant à la langue-de-carpe de M. de Croës, il me semble que sa lame est très mince. La longueur du manche ne doit pas être toujours de même dimension : elle doit varier avec la longueur de la main de l'opérateur. Aussi je crois qu'il vaudrait mieux construire des langues-de-carpe avec des manches de longueurs variées correspondant aux longueurs différentes des mains des opérateurs.

J'émetts aussi quelques craintes sur le pied-de-biche long que nous présente M. de Croës, car il me paraît favoriser les échappées.

M. Blatter. — Je ne crois pas que la lame de la langue-de-carpe soit trop mince ; cette minceur permettra toujours de passer entre les deux dents, ce qui est toujours utile quand ce ne serait que pour faciliter la pénétration d'une langue-de-carpe à lame plus forte. Il y a cependant à craindre quelque chose au point de vue de la fragilité.

M. Prével. — Je trouve la pointe des pieds-de-biche très aiguë et je crains qu'à l'usage ces instruments n'occasionnent des désordres. Il y a un instrument de Chauvin qui ressemble un peu à celui de M. de Croës : c'est une langue-de-carpe dont les deux bords ont été taillés en biseau, ce qui facilite l'ébranlement de la dent à extraire.

M. Roy. — Chauvin a en effet présenté il y a dix ans une langue-de-carpe très mince taillée en biseau des deux côtés, dans un sens sur une face, dans un autre sur l'autre face. Cet instrument est très utile pour enlever les racines en tuyau de pipe ; malheureusement il n'est point dans le commerce, sans cela il est vraiment très utile.

M. de Croës. — Je crois que M. Friteau s'exagère la fragilité de la langue-de-carpe mince, surtout s'il veut bien se rappeler que dans ma communication j'ai dit que cette langue de carpe mince était surtout destinée à pénétrer entre la deuxième molaire de la dent de sagesse pour faciliter le passage d'une langue-de-carpe plus forte. Ce mouvement de pénétration ne met point en jeu sa solidité et m'a toujours donné pleine satisfaction.

Je dirai à M. Prével que les pieds-de-biche doivent être, à mon avis, extrêmement minces car ils doivent servir à écarter les bords alvéolaires, et plus ils sont minces et aigus, plus la pénétration dans

l'alvéole est facile. Ce sont des instruments destinés à préparer l'extraction et non pas à la faire.

Quant à la langue-de-carpe de M. Chauvin avec laquelle M. Roy conseille d'enlever les racines en tuyau de pipe, je crois que les élévateurs fins que je présente à la Société d'Odontologie sont préférables à cette langue-de-carpe parce que par leur forme courbe ils emboîtent plus facilement la racine et que par leur finesse ils permettent de pénétrer plus profondément dans l'alvéole.

M. Sauvez. — Je crois avec M. Friteau que les langues de-carpe doivent toujours être des instruments très solides et que la longueur de leur manche doit varier avec la longueur de la main de l'opérateur. Pour l'extraction de la dent de sagesse avec la langue-de-carpe, il faut des instruments très solides car lorsque la langue-de-carpe est enfoncee un peu obliquement entre la dent de sagesse et la deuxième molaire et que la main s'abaisse pour la luxation, il est certain qu'il y a un effort très considérable à faire et que la langue-de-carpe à lame mince court quelques risques de fractures.

M. de Croës. — Dans la plupart des cas, je n'emploie pas la langue-de-carpe comme M. Sauvez. Lorsque la langue-de-carpe est introduite entre les deux dents je fais un mouvement de rotation sur l'axe de la langue-de-carpe et c'est ce mouvement de rotation qui provoque l'ébranlement de la dent. Ensuite j'abaisse la main et je chasse ainsi la dent en dehors de son alvéole. La minceur de la lame ne peut donc aussi être une cause d'échec car ce n'est pas dans le sens de sa minceur que se fait l'effort.

M. le Président remercie très sincèrement M. de Croës qui continue cette année le travail qu'il avait commencé l'an dernier en publiant une théorie des leviers considérés dans leurs applications aux extractions dentaires.

III. — DE L'INUTILITÉ DES COURONNES MÉTALLIQUES POUR LA CONSERVATION DES RACINES, PAR M. LE DR^E M. ROY.

Cette communication a été publiée dans *L'Odontologie* du 28 février 1905, page 207.

DISCUSSION.

M. Sauvez. — Les conclusions de la communication de notre frère tendent à dire qu'il ne faut pas sertir une racine parce que ce sertissage tend à détruire une certaine portion de cément sur cette racine et à diminuer ainsi sa vitalité. Je crois réellement que la portion de cément et de périoste qu'on détruit est si petite que cette destruction ne diminue pas d'une façon appréciable la vitalité de la racine, mais je crois qu'une dent à pivot par exemple est beaucoup plus solide lorsqu'elle est accompagnée d'une bague qui encercle la

racine, sans compter que cet encerclage diminue d'une façon très notable l'inconvénient de l'infiltration de matières septiques sous la plaquette de la dent à pivot simple.

M. Roy. — Je répète qu'une couche de cément indispensable à la nutrition de la racine se trouve tout à fait détruite quand l'on pratique l'encerclage. De plus cet encerclage me paraît inutile pour la conservation de la racine. Ce que l'on cherche à conserver, c'est la partie périphérique : or, cette partie périphérique, le cément, n'est pas susceptible d'être détruite par le processus de la carie. La surface de section d'une racine recouverte d'une plaquette métallique fixée avec une matière obturatrice telle que du ciment me semble mieux protégée contre la destruction ultérieure que si une bague ajoutée à la plaquette métallique s'enfonce sous la gencive, y détruisant le périoste sur une certaine étendue, privant la partie de gencive correspondante de son soutien, de son union avec le périoste. De cette désunion doit résulter une résorption plus ou moins étendue qui mettra à découvert la portion de bague qu'on avait voulu recouvrir et, s'il y a la moindre défectuosité dans cette bague la carie pourra très facilement détruire le cément dénudé. Je crois donc qu'une dent à pivot possédant une bague se conservera moins bien qu'une dent à pivot sans bague.

Pour les racines placées sous des appareils j'évidé légèrement la surface à la fraise en ayant soin de laisser intacte toute la couche de cément. Je remplis la cavité ainsi formée avec une matière obturatrice qui se trouve encerclée dans du cément qui n'est pas attaquable par la carie. Si une racine rien que par son canal, permet la rétention d'un pivot suffisant, non seulement il est inutile, mais il est fâcheux d'ajouter une bague à ce pivot. Si, au contraire, cette racine est défectueuse et qu'on ne puisse y placer qu'un pivot extrêmement court, il vaut mieux alors mettre une dent à pivot avec bague pour des raisons de résistance mécanique ; mais, dans la très grande majorité des cas, les racines peuvent recevoir un pivot suffisamment long rendant inutile la présence d'une bague.

M. Sauvez. — Je crois qu'il n'est jamais entré dans l'esprit de personne de soigner une racine en pensant à la vitalité de la dent. On fait des dents à pivot avec bague pour augmenter la solidité sans penser si la racine sera plus ou moins vivante. Je crois qu'une racine préparée avec une bague durera aussi longtemps qu'une racine sans bague et je ne pense pas que la petite portion de ce périoste détruit par la bague puisse compromettre un instant la vitalité de la dent.

M. Martinier. — Je constate que M. Roy renverse à l'heure actuelle toutes les théories admises sur la conservation des tissus dentaires par le coiffage. Je ne crois pas que M. Roy puisse appuyer ses théories sur des faits cliniques. Personnellement je n'ai jamais ren-

contré des dents coiffées dans lesquelles la carie ait attaqué le cément d'abord pour envahir l'ivoire ensuite. L'on place une coiffe pour mettre à l'abri du milieu salivaire toute la racine et il n'est pas douteux qu'une coiffe bien faite soit la meilleure méthode pour empêcher une racine de se désagréger. La coiffe est en outre un excellent moyen mécanique secondaire pour aider à la rétention de la dent à pivot. Une coiffe bien faite, parfaitement adaptée sur la racine avec un épaulement suffisant, ne peut en aucun cas permettre l'infiltration ; la théorie de M. Roy ne pourrait convenir qu'à une coiffe mal ajustée, dont la mauvaise adaptation laisserait passer les liquides buccaux et pourrait ainsi amener la destruction de la racine.

M. Meng. — Je reproche à la coiffe, aussi bien faite qu'elle soit, de détruire sur une certaine étendue le cément et les ligaments alvéolo-dentaires et je crois que c'est à cette destruction par des coiffes qu'il faut attribuer les inflammations chroniques qui se développent sur des gencives au niveau des dents coiffées.

M. Roy. — Je dirai à M. Martinier que j'ai vu sur des dents coiffées la carie ayant évolué comme je le signale, c'est-à-dire du cément vers l'ivoire. M. Martinier a dit avec raison que la coiffe avait pour but principal de mettre la racine à l'abri du milieu buccal pour en mieux conserver les tissus. Mais, justement, ce que j'ai voulu dire, c'est qu'il y a sur la racine un tissu le cément qui n'a pas besoin d'être protégé, car normalement il n'a aucune tendance à se détruire étant un tissu vivant ; l'ivoire, au contraire, tissu mort, doit être protégé contre les altérations extérieures car il ne peut se défendre de lui-même.

M. le Président. — Je remercie vivement M. Roy de sa communication qui nous montre sous un jour original, l'utilité ou le danger des coiffes métalliques pour les racines.

IV. — CHEVILLE POUR CABINET D'OPÉRATION

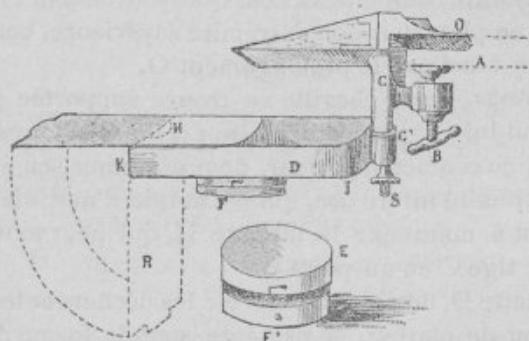
Par M. LORIOT, D. F. M. P., D. E. D. P.

Dans notre cabinet d'opération, lorsque nous plaçons un appareil, quel qu'il soit, caoutchouc, or ou platine, nous sommes souvent obligés de faire quelques petites retouches et, pour cela, d'aller à notre laboratoire, traversant, pour nous y rendre, une ou plusieurs pièces et, quelques fois même, si j'ose le dire, montant plusieurs étages, lorsque ce dernier, faute de place dans l'appartement, siège au septième étage.

1^o Qu'advient-il la plupart du temps ?

Nous faisons les retouches sur place à l'aide d'une simple cheville fixée à un meuble ; cela est très bien pour un appareil en caoutchouc, mais incomplet pour un appareil en or ou en platine, car les déchets ou les limailles de ces métaux se trouvent perdus ;

2^o Si nous allons à notre laboratoire, nous rapportons, le plus souvent, des débris de plâtre écrasé, des taches aux vêtements, voire même des odeurs susceptibles de s'imprégnier à ceux-ci, des mains nécessitant un lavage sérieux souvent oublié et observé du client, lorsque pressé par le



nombre assez élevé de malades qui attendent impatiemment leur tour nous voulons faire diligence.

En dentiste soucieux des règles, de l'antisepsie et de l'asepsie, nous ne devrions jamais, pendant le cours d'une opération quelle qu'elle soit, quitter notre cabinet pour le laboratoire, courant autrement le risque d'incommoder, de gêner et quelquefois même de perdre notre patient.

Me suis-je avancé un peu loin et peut-être à dessein en déviant quelque peu du sujet faisant l'objet de ma présentation, mais je tenais à rappeler les multiples inconvénients souvent incompris qui résultent de l'abandon de son cabinet lorsque l'on est en présence d'un malade. Nous savons tous que pour exercer notre art en chirurgien-dentiste qui se respecte, nous devons suivre rigoureusement,

abuser même des règles de l'asepsie et de l'antisepsie.

Le besoin de remédier aux quelques inconvénients que je rappelle très sommairement, m'a fait imaginer une cheville pour cabinet d'opération, que j'emploie depuis bientôt deux ans et que j'ai tenu à décrire, après en avoir apprécié les réels services.

Ainsi que peut le montrer le cliché figurant ma cheville, celle-ci a l'avantage, et cela sans détérioration possible, de pouvoir se fixer à n'importe quel meuble ayant un rebord A, de quelque épaisseur qu'il soit, sans toutefois trop d'exagération, et une assise suffisante pour permettre à la cheville une immobilité complète au cours de son emploi ; la vis B, terminée en plateau à son extrémité supérieure, concourt à sa fixation ainsi que le prolongement O.

Au-dessous, cette cheville se trouve supportée par une tige C, qui lui est perpendiculaire ; celle-ci est très forte à son point de contact supérieur, pour diminuer sensiblement à son extrémité inférieure, qui est munie d'une vis fixative S, servant à maintenir la tablette D, qui peut tourner autour de la tige C en un point C'.

La tablette D, destinée à recevoir les déchets et les limailles d'or ou de platine, se présente sous la forme d'un rectangle auquel les deux angles postérieurs I ont été arrondis pour lui permettre son déplacement d'un quart de cercle, à droite ou à gauche, sans être gênée par le meuble portatif. Le fond de cette tablette est légèrement en cuvette, obligeant les débris d'or et de platine à venir en son centre, pourvu d'un tamis fixe qui les filtre dans un récipient F, chargé de les recueillir. Ce récipient est muni d'un déclanchement à clavette qui permet de le retirer facilement sans risquer de perdre la moindre parcelle de métal. Il est reproduit figure 2 en F', où il lui est adjoint un couvercle E, fermant par un même système à clavette, permettant ainsi de mettre le tout en sûreté, le cas échéant.

La tablette D se trouve fermée par un couvercle fonctionnant sur glissières ; il est représenté figure 1 à demi-ouvert, afin de montrer une agrafe H qui lui permet, dès

qu'on l'ouvre, de venir s'accrocher de lui-même au rebord K de la tablette, venant prendre ainsi la position R, pour se mettre à portée de la main. Je dois ajouter que tout ce qui compose cette cheville est nicklé et, par conséquent, facile à tenir très propre, et, loin d'être disgracieux dans un cabinet, comme on pourrait se le figurer tout d'abord, meuble, au contraire, celui-ci.

Je terminerai en disant que le but principal que j'ai voulu obtenir et que j'obtiens journallement avec cette cheville de cabinet, est celui de recueillir les morceaux d'or et de platine, ainsi que les limailles de ces métaux, qui se perdent toujours, et à notre détriment, si nous faisons des retouches d'appareils sur place.

DISCUSSION.

M. Martinier. — Je trouve très utile la cheville que nous présente M. Loriot, mais il me semble que le plateau destiné à recevoir la limaille est un peu trop petit.

M. le Président. — Je félicite M. Loriot de son appareil qui peut nous rendre de grands services dans notre cabinet.

Séance du 14 mars 1905.

La séance est ouverte à 9 heures sous la présidence de M. Delair.

Le Secrétaire général donne lecture d'une lettre du professeur Kirk, de Philadelphie, remerciant la Société d'Odontologie de la médaille qui lui a été décernée.

Cette lettre se termine ainsi :

Je désire vous prier d'exprimer à mes amis de la Société mes sincères remerciements pour ce magnifique témoignage de leurs bons sentiments. Cette médaille est véritablement une œuvre d'art et je l'apprécie, non seulement à cause du sentiment qu'elle manifeste et parce qu'elle est une preuve de cette qualité admirable que possède le peuple français de témoigner sous une forme tangible ce qu'il pense de ce qu'il trouve bon chez les autres, mais je l'apprécie aussi pour sa beauté intrinsèque et l'empreinte qu'elle porte de ce goût artistique qui est la caractéristique de votre nation.....

Le Secrétaire général dépose sur le bureau deux exemplaires du Manuel du chirurgien-dentiste: l'un, *Clinique des maladies de la bouche et des dents*, par MM. Godon et Friteau; l'autre, *Anatomie de la bouche et des dents*, par MM. Sauvez, Vicart et Lemerle.

M. le Président remercie les donateurs dont les ouvrages iront augmenter la collection de la Bibliothèque de l'Ecole dentaire de Paris.

I. — NOTES COMPLÉMENTAIRES SUR L'EMPLOI DE L'ÉRYTHROPHLÉINE CONTRE LA SENSIBILITÉ DE LA DENTINE, PAR M. LE DR AUDY.

Cette communication a été publiée dans *L'Odontologie* du 15 avril 1905, page 373.

DISCUSSION.

M. Audy. — L'un de mes confrères m'a fait récemment observer que dans un cas de dentine hypersensible il avait obtenu d'excellents résultats avec l'eugénol. Vingt-quatre heures après un pansement à l'eugénol il avait pu fraiser sa carie sans provoquer aucune douleur et mon confrère m'a fait objecter qu'il était possible que la solution que j'employai était surtout active par l'eugénol qu'elle contenait. De son côté, M. le Dr Godon m'a dit l'autre jour que dans les quelques cas où il avait employé l'érythrophléine, au début il avait observé des phénomènes de pulpites. Cela est exact. Toutes les fois que l'on emploie l'érythrophléine dans des caries trop rapprochées de la pulpe, il est certain qu'il existe un certain nombre de malades chez lesquels l'érythrophléine provoque des douleurs pendant la nuit. J'en ai observé un certain nombre de cas, un tout récemment encore chez un de mes malades qui avait une carie du collet de l'inscive centrale. Un de mes malades m'a dit avoir souffert deux heures environ après l'application du médicament, puis tout d'un coup la douleur a disparu. J'ai revu ce malade deux jours après ce pansement, sa dentine était absolument insensible. Certaines dents traitées par l'érythrophléine redeviennent parfois sensibles sans aucune cause apparente à la pression ou à la chaleur. Je crois qu'il y a de temps en temps des phénomènes de périodontite qui se produisent et je ne veux pour preuves que la disparition de la douleur lorsque je meule légèrement la dent antagoniste de façon à éviter le contact de cette dent avec celle traitée.

M. Godon. — Il y a déjà quelques mois que j'emploie l'érythrophléine suivant les conseils donnés par M. Audy dans sa communication de Grenoble. Au début j'ai eu toute une série d'insuccès et j'ai pensé d'abord que l'érythrophléine était un médicament dangereux pour la vitalité de la pulpe surtout si on ne s'en tient pas strictement à l'emploi microscopique tel que l'indique M. Audy dans sa communication de ce soir: J'ai eu deux ou trois phénomènes de pulpite si

intenses qu'il m'a fallu enlever la pulpe à cause des douleurs violentes qui s'étaient produites à l'application du médicament. Dans d'autres cas j'ai vu des malades souffrir pendant plusieurs jours; en patientant j'ai vu la douleur disparaître au bout de quatre, huit ou quinze jours. Je pense qu'il s'agit toujours d'une pulpite. La pulpe se trouve plus ou moins irritée par le médicament. Tantôt cette irritation est telle qu'on est obligé de détruire la pulpe, tantôt au contraire, l'irritation est faible et cède au bout de quelques jours. Je ne pense pas qu'il s'agisse de périodontite, car il n'y avait pas de douleur à la percussion et la douleur ne siégeait pas vers la pointe de la racine. Je suis revenu à l'emploi de l'érythrophléïne, mais je le répète, j'emploie des doses infimes sur des boulettes de coton absolument microscopiques.

M. Gillard. — Dès le début, j'ai eu aussi des accidents analogues à ceux dont parle M. Godon et après avoir commencé avec une solution de 50 o/o dans l'eau, je suis arrivé à employer une solution à 25 o/o en me servant de petits disques de papier très légèrement imbibés de cette solution. L'érythrophléïne ainsi employée à très petites doses me donne maintenant de très bons résultats. J'ai eu l'occasion de l'employer tout récemment chez un certain nombre de malades et j'en ai toujours été satisfait.

M. Paulme. — La première application que j'ai faite suivant les conseils donnés par M. Audy a été un insuccès. Il s'agissait de la cavité d'une carie de la face triturante d'une grosse molaire inférieure extrêmement sensible. Une petite boulette de coton imbibée d'érythrophléïne fut mise dans la cavité. Deux jours après ma malade revint avec une périostite extrêmement intense. J'ai nettoyé la cavité sans provoquer de douleurs et je l'ai préparée malgré la périostite. J'ai fait pendant quelques jours des badigeonnages à la teinture d'iode et au bout de huit à dix jours le malade n'avait plus de douleur à la percussion. Toutefois le malade m'a déclaré avoir de légères douleurs durant la nuit. Actuellement je ne laisse pas d'érythrophléïne à demeure. Je me contente d'appliquer dans le fond de la cavité un petit tampon de ouate légèrement imbibée d'érythrophléïne. Je le laisse quelques secondes et obture provisoirement à la gutta.

M. Audy. — Je crois avoir répondu par ma communication aux observations de M. Godon et je n'y reviendrai pas. M. Gillard nous a parlé d'une solution à 25 o/o dans l'eau. Des expériences que j'ai faites avec M. André, il résulte que la solution qui nous a donné de meilleurs résultats était celle à 50 o/o; mais il est possible que l'on puisse arriver avec des titres plus faibles à des effets aussi bons. Je crois bon le conseil donné par M. Paulme de se contenter de badigeonner la carie; toutefois au lieu de me fier à ce qui pourrait être absorbé sur le moment même par la dentine, je préfère laisser une toute petite quantité d'érythrophléïne au fond de la cavité pendant

vingt-quatre heures. En résumé, je préconise surtout l'emploi de doses extrêmement minimes.

M. Godon. — Je crois que M. Paulme a raison quand il conseille le simple badigeonnage de la cavité après l'application de l'érythro-phléïne ; il me semble que les effets seront suffisants.

M. le président. — Je félicite très vivement M. Audy de sa communication qui vient compléter les recherches qu'il avait apportées au Congrès de Grenoble sur l'emploi de ce médicament si excellent que paraît être l'érythrophléïne.

II. — LE DENTISTE FONCTIONNAIRE AUX COLONIES, PAR M. COSSAS

Cette communication est publiée dans *L'Odontologie* du 15 avril, page 383.

DISCUSSION.

M. Godon. — Je tiens à féliciter personnellement M. Cossas de sa communication et à le remercier des efforts qu'il a faits au Tonkin pour maintenir notre profession au juste rang qu'elle doit occuper. Je profite de cette occasion pour remercier M. Cossas du concours qu'il nous a donné l'an dernier au moment de l'Exposition d'Hanoï et de rappeler que représentant l'Ecole dentaire de Paris à cette exposition, M. Cossas a obtenu pour elle une médaille d'or. Actuellement la question de l'organisation des services dentaires dans l'armée coloniale est à l'étude. Le chirurgien en chef des armées coloniales, M. Primet, est venu à l'Ecole pour y chercher des documents destinés à l'élaboration d'un rapport qui devait être soumis au Ministre pour l'organisation des services dentaires dans l'armée. Le bibliothécaire de l'Ecole qui était à ce moment-là M. Frêteau a donné à M. Primet tous les documents dont il a eu besoin et nous pensons que le rapport de M. Primet fera faire un grand pas dans l'organisation des services dentaires dans les armées coloniales.

III. — PROJECTIONS DESTINÉES AUX CONFÉRENCES D'HYGIÈNE DENTAIRE, PAR M. PAULME.

M. Paulme fait défiler sous les yeux des spectateurs très intéressés une série de clichés qui appartiennent, les uns à la collection du Dr Röse, les autres au Syndicat des chirurgiens-dentistes qui les a fait exécuter pour la série des conférences qui a été instituée à la Société Philomatique.

M. Paulme insiste en même temps sur la nécessité de multiplier ces conférences d'hygiène dentaire dans les classes laborieuses. Les clichés doivent être simples et bien clairs de façon à être compris par la classe peu instruite à laquelle le conférencier s'adresse.

M. Godon félicite M. Paulme de l'effort qu'il fait actuellement

avec le Syndicat pour organiser dans les écoles de multiples conférences d'hygiène dentaire. Il rappelle combien l'éducation du peuple américain et du peuple anglais diffère de la nôtre et il insiste sur la nécessité de reproduire des conférences dans tous les milieux. Des planches devraient en outre montrer les divers procédés de prothèse, d'obturations, etc.

M. Bonnard ne croit pas qu'il soit possible de faire des clichés reproduisant des appareils de prothèse, des obturations, etc... non pas parce que cela serait inutile, mais parce que le temps déjà nécessaire pour le défilé des clichés indispensables est déjà très long et que les conférences ne doivent pas durer plus d'une heure sous peine de lasser les auditeurs.

M. Slévenin rappelle que les conférences faites par *M. Chateau* à des instituteurs et à des militaires, il est certain que ce milieu-là aura mieux compris que le milieu enfantin auquel s'adresse le Syndicat, mais il espère que ces conférences porteront leurs fruits et que les résultats en seront bons.

IV. — FONTAINE A EAU CHAUDE ET TRANSFORMATEUR SUR COURANT CONTINU

Par M. BRÉMANT.

Il manquait un appareil pratique pour avoir instantanément de l'eau chaude à proximité du fauteuil opératoire, cette nécessité se faisait si bien sentir que beaucoup de praticiens emploient des bouillons électriques ou à gaz. Je n'en montrerai pas les désavantages, vous les connaissez tous.

L'appareil que je présente donne instantanément un courant d'eau chaude dont la température varie de 40 à 80°.

« L'expérience est faite et un verre d'eau accuse au thermomètre 42°. »

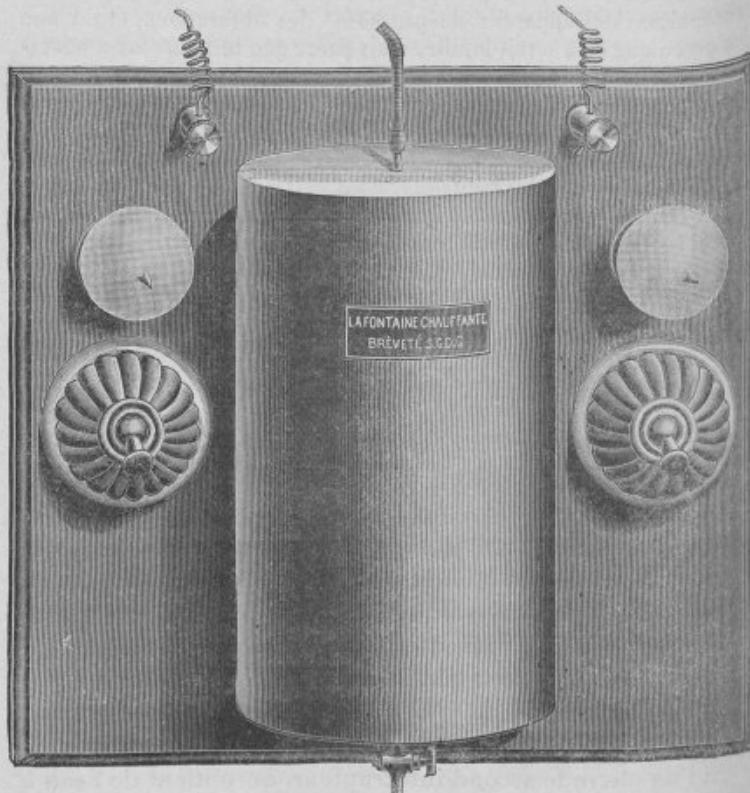
Si l'on ouvre le second interrupteur, on obtient de l'eau à 80° capable de ramollir la cire à empreintes.

« L'expérience est aussi concluante et une plaque de godeva est parfaitement ramollie. »

Répondant donc au double besoin, eau de rince bouche et eau pour ramollir la cire, cet appareil doit rendre des services.

Transformateur, réducteur de potentiel sur courant continu.

Cet appareil, basé sur un principe nouveau, est d'une construction simple et robuste. Il peut faire rougir des plus



Fontaine à eau chaude.

petits aux plus gros cautères ainsi que la poire à air chaud. De même, il sert à éclairer les lampes de bouche jusqu'à 6 volts.

Son avantage est de pouvoir employer le cautère sur un circuit direct à courant continu sans avoir la dépense et les

multiples inconvénients qu'occasionnent les tableaux de résistances employés jusqu'à ce jour.

En effet, la dépense de ces tableaux est égale à la dépense du plus gros cautère pour lequel ils sont construits, sur un circuit de 110 volts, tandis que mon appareil ne consomme que $1^A \frac{1}{2}$ pour un rendement de 30 ampères, ce qui nous ferait une différence comme il est indiqué sur le tableau de comparaison ci-dessous.

En admettant que l'on se serve d'un cautère dépensant 30 ampères, on a donc :

Avec tableau de résistances, 30 ampères \times 110 volts $= 30 \times 110 = 3,300$ watts ou 33 HW, l'hecto-watts-heure valant 0 fr. 15, on dépense donc à l'heure : 0 fr. $15 \times 33 = 4$ fr. 95.

Avec mon transformateur, 1 ampère $\frac{1}{2} \times 110$ volts $= 1.5 \times 110 = 165$ watts ou 1 hecto-watts $\frac{1}{2}$, l'hecto-watts-heure valant 0 fr. 15, on dépense donc à l'heure : 0 fr. $15 \times 1.5 = 0$ fr. 225 soit *vingt fois moins* que le système précédent.

En outre de cela, il arrive très fréquemment qu'une dérivation se produit avec la terre, et le patient et le praticien reçoivent une décharge désagréable et même dangereuse de courant électrique, ce qui ne peut se produire avec mon transformateur, car le courant du cautère n'a aucun rapport avec celui du secteur qui sert à l'engendrer.

M. Cramer donne lecture d'une note sur un procédé nouveau d'estampage de plaques métalliques et sur la demande du Président il s'engage à faire en avril une communication plus complète sur ce procédé.

La séance est levée à minuit.

Le Secrétaire général,
E. FRITEAU

laquelle un autre type d'interactions entre les deux parties est possible. Cela signifie que l'interaction entre les deux parties n'est pas nécessairement un échange de messages, mais peut également être une interaction de type social ou culturel. Par exemple, dans une culture où le respect des personnes est très important, il est possible que les deux parties se respectent et se soutiennent mutuellement, sans nécessairement échanger de messages.

Ensuite, nous devons nous intéresser à la nature de ces interactions. Il existe plusieurs types d'interactions possibles entre deux parties. Par exemple, il est possible qu'il y ait une interaction de type social, où les deux parties se soutiennent mutuellement et se respectent.

Ensuite, nous devons nous intéresser à la nature de ces interactions. Il existe plusieurs types d'interactions possibles entre deux parties. Par exemple, il est possible qu'il y ait une interaction de type social, où les deux parties se soutiennent mutuellement et se respectent.

Ensuite, nous devons nous intéresser à la nature de ces interactions. Il existe plusieurs types d'interactions possibles entre deux parties. Par exemple, il est possible qu'il y ait une interaction de type social, où les deux parties se soutiennent mutuellement et se respectent.

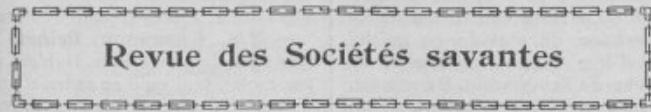
Ensuite, nous devons nous intéresser à la nature de ces interactions. Il existe plusieurs types d'interactions possibles entre deux parties. Par exemple, il est possible qu'il y ait une interaction de type social, où les deux parties se soutiennent mutuellement et se respectent.

Ensuite, nous devons nous intéresser à la nature de ces interactions. Il existe plusieurs types d'interactions possibles entre deux parties. Par exemple, il est possible qu'il y ait une interaction de type social, où les deux parties se soutiennent mutuellement et se respectent.

Ensuite, nous devons nous intéresser à la nature de ces interactions. Il existe plusieurs types d'interactions possibles entre deux parties. Par exemple, il est possible qu'il y ait une interaction de type social, où les deux parties se soutiennent mutuellement et se respectent.

Ensuite, nous devons nous intéresser à la nature de ces interactions. Il existe plusieurs types d'interactions possibles entre deux parties. Par exemple, il est possible qu'il y ait une interaction de type social, où les deux parties se soutiennent mutuellement et se respectent.

Ensuite, nous devons nous intéresser à la nature de ces interactions. Il existe plusieurs types d'interactions possibles entre deux parties. Par exemple, il est possible qu'il y ait une interaction de type social, où les deux parties se soutiennent mutuellement et se respectent.



Revue des Sociétés savantes

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

8 février 1905.

Sur la chloroformisation à l'aide des nouveaux appareils à mélanges titrés de chloroforme et d'air ou d'oxygène. — M. Kirmisson continue depuis plus de deux ans à se servir de l'appareil de Roth, appareil qui réalise, comme on sait, le mélange d'air aux vapeurs chloroformiques dans des proportions toujours parfaitement définies et que l'opérateur peut régler à son gré. Il compte actuellement 463 chloroformisations pratiquées avec cet appareil et les bons résultats qu'il en a obtenus ne font que confirmer les conclusions formulées par lui dans sa première communication sur ce sujet (voy. *Presse Médicale*, 1904, n° 26, p. 208) : le sommeil survient rapidement, en 5 à 7 minutes, et tranquillement, sans période d'excitation ; il se continue ensuite, calme et profond, pendant toute la durée de l'anesthésie, sans vomissements, sans menace de syncope, la respiration se faisant d'une façon calme et régulière, la face gardant sa coloration rosée ; jamais il n'a été nécessaire de tirer la langue des malades ; le réveil est rapide et s'accompagne rarement de nausées ou de vomissements ; enfin il suffit de minimes quantités de chloroforme pour entretenir une anesthésie de longue durée (15 à 16 grammes par heure chez les enfants, M. Kirmisson n'ayant qu'exceptionnellement l'occasion d'opérer des adultes).

Le grand avantage des appareils à mélanges titrés de chloroforme et d'oxygène ou d'air (l'avenir apprendra auxquels de ces appareils il faudra donner la préférence), c'est qu'ils empêchent une surcharge de vapeurs

chloroformiques de se produire à un moment quelconque dans le sang. Il est bien entendu que l'aide chargé de l'appareil doit en surveiller attentivement le fonctionnement et connaître, en outre, à fond la physiologie de l'anesthésie chloroformique, de façon à pouvoir régler suivant les besoins le titrage des vapeurs chloroformiques sans jamais dépasser la dose strictement utile.

Est-ce à dire qu'avec ces appareils, même bien maniés, on arrivera désormais à éviter tout accident ? Il serait téméraire de l'affirmer et M. Kirmisson connaît au moins un cas de mort survenu pendant la chloroformisation avec l'appareil de Roth dans le service du professeur Hoffa (de Berlin) : le malade avait à peine absorbé 10 gouttes de chloroforme qu'il était pris de syncope et mourait subitement ; l'autopsie ne révéla l'existence d'aucune lésion viscérale qui pût expliquer cette mort subite et il faut bien admettre qu'il s'agit là d'un cas de mort par syncope chloroformique primitive.

M. Ricard. — Qu'il s'agisse d'appareils mélangeant le chloroforme à l'oxygène, comme celui de Roth-Dräger, ou d'appareils mélangeant le chloroforme à l'air comme celui de Vernon-Harcourt, celui de Reynier et le sien, tous ces appareils donnent les mêmes bons résultats. Les appareils à air présentent seulement sur les appareils à oxygène l'avantage d'être moins compliqués.

Maintenant, auquel de ces appareils à air convient-il de donner l'avantage ? M. Ricard trouve l'appareil de Vernon-Harcourt d'une structure et d'un maniement un peu délicats ; avec lui, en outre, l'anesthésie est un peu lente à produire. L'appareil de Reynier renferme une complication inutile, le

thermomètre, qui le rend plus fragile; par contre, il est privé d'un organe des plus utiles, la soupape, grâce à laquelle l'opérateur entend à distance la respiration du malade, ce qui lui permet d'être toujours au courant de la marche de l'anesthésie. En somme, M. Ricard préfère son propre appareil.

15 février 1905.

Sur les appareils à chloroformisation. — *M. Lucas-Championnière*, qui se sert depuis plusieurs mois de l'appareil de Roth-Dräger, continue à en être des plus satisfaits. Il préfère cet appareil aux appareils à mélange d'air, tels que ceux de Vernon-Harcourt, de Ricard et de Reynier, parce que l'oxygène pur lui semble manifestement plus efficace pour mitiger ou neutraliser dans le sang les effets des vapeurs chloroformiques. Toujours avec le mélange d'oxygène et de chloroforme il a vu les opérés garder un teint rosé pendant toute la durée de l'anesthésie, tandis qu'il a vu la pâleur de la face persister avec l'emploi de l'appareil de Vernon-Harcourt.

Il est certain d'ailleurs qu'avant toutes choses, pour donner de bons résultats, ces appareils demandent à être bien maniés: entre les mains d'un aide non habitué à la chloroformisation, ils peuvent donner une très mauvaise anesthésie et peut-être même des accidents, alors qu'au contraire on voit l'ancien procédé de la compresse appliquée par un chloroformisateur de profession procurer des anesthésies parfaites, sans à coups, sans alertes. Dans la chloroformisation, c'est donc le chloroformisateur qui joue le premier rôle; celui de l'appareil chloroformisateur, quel qu'il soit, est secondaire: une machine, si bonne soit-elle, ne vaut que par un bon mécanicien.

— *M. Routier* a eu recours 5 fois à l'appareil de Roth-Dräger-Guglielminetti, 3 fois il a dû y renoncer en cours d'anesthésie tant celle-ci marchait mal, pour recourir à la compresse. Le fait prouve bien que les appareils

de ce genre demandent à être maniés par des gens expérimentés. Et *M. Routier* appuie entièrement les conclusions de *M. Lucas-Championnière*.

— *MM. Kirmisson, Delbet, Tuffier* sont du même avis. Il n'en reste pas moins vrai qu'il ne saurait y avoir d'hésitation dans le choix à faire entre les appareils nouveaux et l'ancienne compresse: celle-ci doit être résolument abandonnée aujourd'hui.

La scopolamine comme anesthésique général en chirurgie.

— *M. Terrier* lit un rapport sur la communication faite le 29 décembre 1904 par *M. Abel Desjardins*¹.

(*Presse Méd.*)

1^{er} mars 1905.

De la résection du nerf maxillaire supérieur pour névralgie faciale. — *M. Potherat* étudie la technique et la valeur de cette opération en s'appuyant sur une statistique personnelle de 10 cas.

En ce qui concerne la technique, *M. Potherat* préconise une incision en L de la fosse temporale, incision dont la branche horizontale suit l'arcade zygomatique et dont la branche verticale remonte le long de l'apophyse orbitaire externe. Cette incision, qui laisse une cicatrice peu apparente, permet de découvrir facilement le nerf maxillaire supérieur à sa sortie du trou grand rond, au fond de la fosse ptérygo-maxillaire. *M. Potherat* exécute la résection temporaire de l'arcade zygomatique en sectionnant très obliquement l'angle postérieur de l'os malaire et en fracturant l'apophyse zygomatic du temporal: cette manière de faire faciliterait beaucoup la reprise ultérieure de l'arcade sans qu'il soit nécessaire de recourir à la moindre suture. L'arcade supprimée, il suffit de récliner en arrière le bord antérieur du muscle ptérygoïdien externe pour apercevoir le nerf maxillaire supérieur à sa sortie du trou grand rond. Le nerf est légèrement attiré puis sectionné au ras du trou.

1. Voir *Revue analytique in Odontologie*, 30 mars 1905.

Point n'est besoin de gratter à la cuvette la tubérosité maxillaire, comme le recommande M. Guinard, pour être sûr de bien détruire tous les filets du nerf; cette manœuvre est non seulement inutile, mais elle peut être une source d'ennuis en raison de l'hémorragie qu'elle peut provoquer.

Les résultats immédiats que cette opération a donnés à M. Potherat ont toujours été parfaits : pas d'incidents opératoires ou post-opératoires fâcheux, pas de déformation, pas de cicatrice disgracieuse.

Un point de vue thérapeutique, les résultats ont été non moins excellents : les névralgies ont complètement disparu et M. Potherat n'a pas observé une seule récidive sur les 10 cas qu'il a opérés. Or certains de ses malades ont été suivis pendant 1 an, 1 an 1/2, 2 ans. Il en conclut que nous possédons dans la résection du nerf maxillaire supérieur une méthode simple, sûre et sans dangers de traitement des névralgies faciales rebelles.

— *M. Guinard*, en pratiquant la section très oblique de l'os malaire telle que le recommande M. Potherat, a un jour ouvert le sinus maxillaire, ce qui lui a causé quelques ennuis dans le traitement post-opératoire ; il importe de signaler la possibilité de cette complication à la suite de la section très oblique du malaire. Quant au grattage de la tubérosité maxillaire après la section du nerf, il a pour but de détruire à coup sûr les filets nerveux qui se rendent au ganglion de Meckel et qui ne proviennent pas tous du nerf maxillaire supérieur.

— *M. Potherat* répond que la destruction de ces filets n'est pas nécessaire parce que ce ne sont que des filets moteurs ou vaso-constricteurs.

Fracture du maxillaire supérieur. — *M. Sebileau* présente un malade qui, ayant eu la face écrasée par une roue de voiture, était entré à l'hôpital avec une fracture comminutive de l'os malaire et une fracture irrégulière, tout à fait spéciale, du maxillaire supérieur caractérisée par le décollement complet et la chute de

tout le procès alvéolaire. Pour réparer ces dégâts, M. Delair, qui s'occupe de toutes ces questions de prothèse dans le service de M. Sebileau, imagine un appareil de redressement et de contention constitué par une plaque extrabuccale en aluminium, sorte de fronde à trois branches s'adaptant au front et à l'occiput du patient. Le résultat fut excellent : le procès alvéolaire se resouda à la voûte palatine d'une façon parfaite, et aujourd'hui il est impossible de se douter, en examinant la bouche de ce malade, de la nature et de la gravité du traumatisme dont elle a été le siège.

8 mars 1905.

A propos des nouveaux appareils à chloroformisation. —

M. Berger estime que les appareils à chloroformisation, si ingénieux soient-ils, qui ont été préconisés de divers côtés dans ces derniers temps, ne constituent pas un progrès dans la pratique de la chloroformisation, au contraire. Les grands avantages de l'anesthésie par le chloroforme résident, en effet, avant tout, dans la simplicité de son administration, qui ne nécessite aucune instrumentation spéciale, ce qui fait qu'il peut être employé en tout lieu, pour toutes les opérations et chez tous les malades... pourvu qu'on sache le manier. Or cette qualité primordiale de l'anesthésie chloroformique qui fait qu'elle a résisté victorieusement à toutes les tentatives de substitution par d'autres modes d'anesthésie, disparaît avec l'emploi des divers appareils à chloroformisation qui ont été présentés à la Société.

Ces appareils — celui de Roth-Dräger au moins — sont trop compliqués, encombrants, difficiles à déplacer. Sans doute les appareils de Ricard et de Reynier méritent moins ces reproches : encore peuvent-ils se déranger, se casser ; enfin le masque dont ils sont munis est souvent pour les malades une invincible répugnance. Mais le gros reproche qu'on peut faire à tous ces appareils sans exception, c'est qu'ils inspirent une

confiance trop grande à l'aide chargé de la chloroformisation qui, sûr de l'administration régulière d'un anesthésique mélangé d'air ou d'oxygène, se croit à l'abri des alertes et ne surveille plus avec autant d'attention les effets physiologiques de l'anesthésique. C'est ainsi, sans aucun doute que doit s'expliquer le cas de mort survenu dans le service du professeur Hoffa (de Berlin) avec un appareil de Roth-Dræger dont le fonctionnement ne laissait absolument rien à désirer.

En réalité pour la chloroformisation il faut avant tout un bon chloroformisateur. Et ce bon chloroformisateur ne peut être formé que par l'usage de la compresse. Le procédé de la compresse est d'ailleurs le seul qui conserve à la chloroformisation ce caractère de simplicité dans l'administration qui a fait son succès. Bien manié, c'est-à-dire prudemment avec une attention de tous les instants, il permet de mener l'anesthésie à bien sans incidents : les morts par chloroforme que M. Berger a observées dans sa pratique chirurgicale déjà longues sont toutes attribuables à l'inadéquation du chloroformisateur ou à des lésions viscérales, — néphrite, symphyse cardiaque, tuberculose pulmonaire avancée — contre-indiquant la chloroformisation et que le chirurgien n'avait pas suffisamment recherchées. Ce qu'il faut retenir, c'est que dans une période de douze années consécutives, M. Berger n'a pas eu un seul cas de mort par le chloroforme administré à l'aide de la compresse ; s'il y a eu quelques alertes, elles peuvent toutes s'expliquer par un défaut d'attention du chloroformisateur.

Et M. Berger conclut que les appareils à chloroformisation, utiles dans un grand service hospitalier et entre les mains d'un aide rompu à leur maniement ne constituent pas un mode pratique ni sûr d'administrer le chloroforme : moins pratique, en tout cas, sinon moins sûr que le simple procédé de la compresse ; personnellement c'est ce dernier procédé qu'il continuera à employer et à enseigner dans son service.

Résection du nerf maxillaire supérieur pour névralgie faciale rebelle. — *M. Rochard* fait un très court rapport sur une observation adressée à la Société par *M. G. de Rouville* (de Montpellier). L'opération, faite par le procédé de Second, date aujourd'hui de sept ans : la guérison se maintient.

15 mars 1905.

Sur les nouveaux appareils à chloroformisation. — Cette séance a vu la fin de la discussion qui dure depuis plusieurs semaines déjà, sur les qualités générales et sur les mérites respectifs des nouveaux appareils à chloroformisation — appareils de Roth-Dræger, de Vernon-Harcourt, de Ricard, de Reynier.

M. Monod a communiqué les bons résultats qu'il a obtenus de l'emploi de l'appareil de Ricard, qu'il essayé dans son service depuis environ un mois : ces résultats confirment d'une façon générale ceux qui ont été publiés par M. Ricard lui-même.

— *MM. Kirmisson et Ricard* auxquels s'est également joint *M. Monod*, ont vivement combattu le plaidoyer prononcé dans la dernière séance, par M. Berger en faveur de la compresse, alors que tous les chirurgiens de l'heure présente s'efforcent au contraire de trouver des appareils à chloroformisation de plus en plus perfectionnés.

— *M. Delbet* a décrit une petite modification qui s'adapte d'ailleurs aussi bien aux appareils de Ricard et de Reynier qu'à celui de Roth-Dræger et qui est destinée à permettre l'utilisation des nouveaux appareils pour les opérations sur le nez et la bouche. Grâce à cette modification, le mélange tiré d'air (ou d'oxygène) et de vapeurs chloroformiques est porté directement au contact du larynx, laissant ainsi le nez et la bouche absolument libres et accessibles au chirurgien.

(*Presse Méd.*)

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX.

17 février 1905.

Oreillons avec zona du triju-

meau et lymphocytose rachidienne. — *M. Sicard* rapporte le cas d'une parotidite ourlienne bilatérale, au cours de laquelle évolua un zona du trijumeau, s'accompagnant de phénomènes méningés.

La ponction lombaire permet de déceler une lymphocytose rachidienne abondante. Il faut sans doute rapporter l'apparition de ce zona, complication exceptionnelle de la fièvre ourlienne, à la propagation du processus méningé mésocéphalique au niveau ganglion de Gasser.

M. Dopter fait remarquer que cette observation est en faveur de l'idée que le zona n'est qu'un symptôme surveillant au cours d'infections variées (tuberculose, diptérie, oreillons, etc.). Ces faits empiètent de plus en plus dans le domaine de la fièvre zosterienne, primitive, maladie autonome et spécifique dont le cadre pourrait bien disparaître tout à fait. L'absence de récidive ne semble pas à M. Dopter une règle. Il en a observé un grand nombre.

M. Landouzy ne conteste pas l'éruption zosteriforme, qu'il sait récidiver, à l'encontre de la fièvre zosterienne évolutant en dehors de toute infection ou intoxication concomitante ; les récidives de cette dernière sont absolument exceptionnelles, et les exemples qu'on a cités sont le plus souvent des cas d'éruptions zosteriformes et non point des zones.

(*Presse Méd.*)

SOCIÉTÉ DES SCIENCES MÉDICALES DE TUNIS.

14 décembre 1904.

Ankylose des mâchoires par fusion des maxillaires gauches avec perte de substance de la joue. Résection et néarthose. Autoplastie. — *Brunswic le Bihan*. Je vous présente un malade que vous avez déjà eu l'occasion de voir en avril dernier. Il s'agissait d'un jeune indigène présentant un aspect cicatriciel de la face vraiment extraordinaire. La joue gauche était le siège d'une vaste perte de substance inté-

ressant toute la région y compris la commissure labiale ; on voyait à nu la face externe des gencives et des maxillaires implantés de dents qui, ne pouvant s'y développer normalement s'étaient orientés dans le sens horizontal.

De plus les maxillaires étant soudés entre eux le malade ne s'alimentait qu'en poussant avec le doigt de petites boulettes dans le vestibule droit de la bouche.

Cet état semblait consécutif soit à un ulcère syphilitique térébrant, soit à un nomo (l'interrogatoire des indigènes est toujours forcément imprécis).

Il fallait remédier à cet état misérable. Le cas était complexe. Pour rétablir les mouvements de la mâchoire, il ne pouvait être question ni de la résection du condyle droit, ni de la désinsertion du masseter (procédé Le Dentu), je ne pouvais que pratiquer l'opération d'Esmarch modifiée par Rizzoli, de façon à provoquer une néarthose en avant de la soudure maxillaire.

Le 19 avril. — Première intervention. Extraction des dents au davier. Puis résection d'un centimètre de maxillaire à la scie à chaîne, au niveau de la commissure labiale. L'intervention est des plus délicates, en raison des alertes chloroformiques qui se produisent chez ce malade dont la bouche se remplit de sang.

Les suites en sont cependant très heureuses. Le malade peut mâcher au bout de huit jours. Peu à peu, la néarthose se forme ; le 7 juin, extirpation de quelques petits séquestres et d'une dent. Curettage. La néarthose étant établie, il s'agit de combler cette énorme perte de substance ; ce que je fis le 19 novembre, par une autoplastie à lambeau cervico-facial, dont vous voyez le résultat. Il est des plus satisfaisants : les mouvements de mastication sont suffisants, le malade s'alimente parfaitement. Il reste un *hiatus* commissural, qu'une nouvelle autoplastie comblera ; mais le malade, originaire d'une région lointaine (Mattata), étant exposé à quitter l'hôpital dans l'intervalle des séances de la So-

ciété, j'ai tenu à vous le présenter dès à présent.

Le malade est introduit dans la salle et chacun peut constater le bon résultat de l'opération.

SOCIÉTÉ CHIRURGICALE DE CHICAGO.
16 janvier 1905.

Actinomycose de la mâchoire.
— *M. Hessert* présente une jeune femme de quinze ans qui depuis plusieurs mois se plaignait d'odontalgie avec tuméfaction du côté droit de la mâchoire. On pouvait voir une dent

cariée et il semblait qu'il y eût un abcès de voisinage. Cependant à l'opération on ne trouva pas de pus : il existait une masse indurée et l'os était dénudé. La tumeur ne fit que s'accroître puis des zones de ramollissement se manifestèrent, qui, incisées, laissèrent échapper les grains jaunes caractéristiques. Grâce à un traitement intensif par l'iode de potassium il s'est produit une amélioration remarquable : la tumeur a déterminé de moitié et la malade ouvre maintenant la bouche sans difficulté.

* [REVUE ANALYTIQUE] *

V. Guerini, *Les érosions dentaires.* (*Odonto-Stomatologia*, Naples, février 1905, p. 25.)

Bunon fut le premier qui étudia soigneusement les érosions dentaires, dans son « Essai sur les maladies des dents, Paris, 1743 ». Il pense que l'« érosion » qui détruit l'émail avant même que la dent paraisse est consécutive aux affections générales telles que les fièvres malignes, la petite vérole, le scorbut, lorsque les enfants les éprouvent à l'époque de la croissance des dents. Bourdet, quelque temps plus tard, montre à ce sujet l'influence du rachitisme, et d'une façon moins précise celle de la syphilis héréditaire. Il attire sur ce point l'attention d'un grand nombre d'odontologistes.

Certains auteurs attribuent au mot érosion le sens de lésion due à l'action corrosive des acides, de la salive ou du mucus buccal.

D'autres, les Français, appliquent ce mot à tous les accidents analogues que présentent les dents dès leur éruption.

Nous distinguerons : 1^o les érosions originaires ou congénitales ; 2^o les érosions mécaniques ; 3^o les érosions chimiques.

1^o Les érosions originaires ou congénitales se traduisent par des formations défectueuses se produisant au cours de la vie intra-folliculaire des dents, et consistant en une altération particulière de la couronne, laquelle semble résorbée sur une partie de sa surface, mais cette partie de la couronne ne s'est jamais formée et le mot érosion est ici impropre et n'est justifié que par l'apparence des dents ainsi atteintes.

L'érosion congénitale est générale-

ment symétrique, elle frappe de préférence les dents supérieures et son degré est extrêmement variable. Elle s'observe presque toujours sur les dents permanentes, ce qui s'explique par la chronologie des follicules et des causes productrices, car les dents affectées sont celles qui sont en voie de calcification lorsque surviennent les agents pathologiques.

Magitot distingue :

1^o L'érosion en coup d'ongle, qui semble pathognomonique de la syphilis héréditaire ;

2^o L'érosion en sillons simples ou ponctués ;

3^o L'érosion cuspidaire de la face triturante des molaires ;

4^o L'érosion en gâteau de miel, d'une large superficie et de couleur jaune ou noirâtre.

On remarque encore des érosions de formes diverses par exemple sur les incisives (dents de scies, partie coupante très amincie et cassante). Le diagnostic de l'érosion est facile, mais peut cependant offrir des confusions avec celui de la carie.

Dans la carie, le processus morbide est progressif de l'émail à la pulpe. Il en est de même dans l'érosion congénitale. La carie se loge principalement dans les interstices des dents et les anfractuosités de la couronne. L'érosion n'a pas de ces prédispositions. Enfin l'érosion est généralement symétrique et les dents homologues présentent exactement le même aspect. D'ailleurs l'érosion peut se compliquer de carie ; si l'on coupe une dent affectée d'érosion, on voit l'émail tantôt simplement aminci, tantôt complètement absent. Il est toujours moins dense qu'à l'état normal et a un aspect mat, jaunâtre ou brun. La dentine a une structure caractérisée par la présence d'interstices

inter-globulaires et la présence de globules dentinaires sphériques ou ovoïdes et de volume variable.

Au point de vue étiologique trois opinions sont en présence :

1^o Les causes de l'érosion sont provoquées par les diverses maladies de l'enfance ;

2^o L'érosion est un signe constant de la syphilis héréditaire ;

3^o Elle dépend, d'après Magitot, de l'éclampsie enfantine. L'auteur étudie le pour et le contre de ces trois opinions et ne trouve dans aucune l'explication exclusive et constante de l'érosion congénitale. Il montre d'ailleurs que le rachitisme en est souvent cause, de même la scrofule, les intoxications graves, en particulier l'intoxication mercurielle, et les fièvres malignes... L'érosion congénitale étant le « résultat » d'un processus morbide terminé, n'est pas susceptible d'une cure efficace ; la médication peut être uniquement préventive et doit s'adresser directement aux causes productrices mentionnées plus haut. Cependant l'érosion prédisposant à la carie, il est bon de pratiquer les traitements exigés par celle-ci et très souvent de faire des obturations.

2^o *Erosions mécaniques et chimiques.* — Elles forment une classe bien différenciée de celle des érosions congénitales en ce sens qu'elles sont acquises après le développement de la dent.

Il est difficile de distinguer nettement les érosions mécaniques des érosions chimiques et il n'est pas rare de les voir coexister.

Elles sont constituées par une perte anormale de la substance de la couronne ou du collet, survenue par un processus graduel plus ou moins lent. L'érosion spéciale produite par la mastication porte le nom d'abrasion. Lorsque l'abrasion est énergique et rapide, elle conduirait, par la découverte de la cavité pulinaire, à de fortes souffrances si par une réaction naturelle, la pulpe n'élaborait pour ainsi dire un nouveau revêtement dit dentine secondaire.

Les érosions acquises affectent

1^o les faces triturantes ; 2^o les faces proximales ; 3^o le collet. Les premières sont les plus fréquentes. Les causes en sont :

a) *Mécaniques.* — Par exemple la nature des aliments. L'auteur rapporte plusieurs cas de mendians réduits à une nourriture composée en majeure partie de graines dures, et dont les dents offraient des érosions extraordinairement avancées. Certaines érosions sont professionnelles, et résultent de l'emploi que les ouvriers font de leurs dents, par exemple les cordonniers qui s'en servent pour étirer le cuir. De même pour les verriers, les joueurs de clarinette, etc.

b) *Chimiques*, divisées en intérieures et extérieures. Parmi les dernières, l'action décalcifiante des aliments acides, des médicaments, de l'atmosphère où vivent certains ouvriers. Elle facilite généralement les progrès de l'abrasion en affaiblissant l'émail. Cette action varie d'intensité avec les individus, la composition chimique des dents étant elle-même susceptible de légers changements. L'auteur parle longuement de l'abrasion spontanée qui intéresse les bords tranchants des dents antérieures. Elle part des incisives du milieu et s'étend parfois jusqu'aux bicuspides. La période d'extension varie entre deux et huit années. Les dents atteintes sont très sensibles aux acides, à la chaleur et au froid, mais ne sont pas douloureuses. Thomas Bell cite un cas où la chambre pulinaire des deux incisives antérieures était à nu et paraissait vide. En réalité elle était remplie de dentine secondaire très dure mais transparente. Harris pense que l'abrasion spontanée provient d'un acide qui, dans des cas particuliers serait sécrété par les glandes muqueuses de la toxicité de la langue toujours en contact avec les dents atteintes d'abord.

c) *Causes anatomiques.* Celles-ci consistent en des positions anormales des arcades dentaires consécutives à des traumatismes, par exemple l'extraction d'une dent.

d) *Causes pathologiques.* Celles-là peuvent altérer les fonctions nutritives

et par suite changer la composition des liquides organiques, la salive entre autres; ou donner lieu, par suite de désordre nerveux, à des mouvements anormaux des mâchoires.

Les faces proximales peuvent être érodées lorsque, les dents étant très serrées sur chaque arcade dentaire, la mastication les soumet à des mouvements dans le sens longitudinal.

Les érosions du collet sont assez mal connues dans leur genèse. Jean Hunter en parla le premier en 1778 dans son « *Traité des maladies des dents* » (Londres). Plus tard en 1842 Linderer les étudia longuement.

L'auteur en cite de longs extraits. Harris étudia ce qu'il appelait la « dénudation des dents » et qui consiste en une destruction progressive de l'émail de face labiale des incisives, des canines et des bicuspides.

Les molaires en sont rarement atteintes.

Le sillon qui en résulte se creuse peu à peu, et attaque la dentine qui prend alors des teintes brunes. Harris l'explique comme il suit : La salive gardant sa réaction alcaline, il peut arriver que le mucus buccal s'altère et s'acidifie. L'action corrosive de l'acide est alors neutralisée là où la salive est abondante, tandis qu'elle agit librement aux endroits moins humectés comme la surface labiale des dents antérieures. Ce genre d'érosion ayant été observé sur des dents naturelles postiches, il reste acquis qu'elle n'est pas due à un processus pathologique, mais à une action extérieure, et très probablement chimique.

Les érosions du collet intéressent presque toujours la surface labiale, les canines sont plus souvent atteintes et cela en raison de leur exposition et du peu de revêtement des gencives. L'étiologie en est assez mal connue, mais il semble que l'usage de la brosse à dents et des dentifrices acides y joue un rôle.

Au point de vue de l'étiologie générale, Kirk distingue les érosions intéressant toute la surface des dents et provenant d'une formation acide ne provenant pas directement de l'organisme, et les érosions localisées dues à une acidité anormale du mucus buccal produite par des phosphates acides de sodium ou de calcium.

L'auteur examine ensuite les diverses indications que peuvent donner les érosions dentaires sur la profession, les habitudes, l'alimentation et même l'identité des malades.

Il termine en disant un mot du traitement à employer contre les érosions et qui selon lui consistera à rechercher les causes afin de les supprimer. Les soins de propreté empêchant l'acidité de la cavité buccale ne doivent pas être négligés; enfin, dans certains cas, il sera bon de traiter l'érosion comme la carie et de pratiquer des obturations de préférence avec de l'or.

Eichorst (H.), Septicémie mortelle par stomatite mercurielle.
(*Medizinische Klinik*, 1^{er} janv. 1905.)

L'auteur en a observé deux cas : dans le premier, il s'agit d'un jeune homme, employé dans une usine électrique et exposé à des vapeurs de mercure. Atteint de stomatite intense, il fut soumis au traitement habituel ; mais il mourut rapidement de septicémie : l'examen du sang révéla l'existence du staphylocoque pyogène doré. Dans le second cas, la stomatite survint au cours du traitement de la syphilis par les frictions mercurielles. Le malade succomba des suites d'une infection septique ayant cette stomatite comme point de départ : l'autopsie décela la présence de nombreux foyers purulents ou hémorragiques disséminés parmi les principaux organes.

San Martin (Al.), L'anesthésie générale par insufflation nasopharyngée. (*Revista de medicina y cirurjia prácticas*, 7 janv. 1905 et *Bull. Méd.*, 4 fév. 1905.)

Voici en quoi consiste essentiellement la méthode : point n'est besoin d'appareil compliqué ; il suffit d'un thermo-cautère ordinaire de Paquelin, dont on n'emploie que la soufflerie et le flacon dans lequel on

verse la quantité d'anesthésique nécessaire. Si l'on a recours au chloroforme, le mieux est d'inviter le patient à s'introduire lui-même l'extrémité du tube dans une des fosses nasales et de l'y fixer avec une main, tandis que l'autre actionne la poire du thermo. De cette façon, on évite les syncopes et, en tout cas, les vives émotions inséparables du début de l'anesthésie pratiquée suivant le mode habituel. Le malade s'endormant lui-même, a confiance. En outre, il respire en même temps par l'autre narine assez d'air pour ne pas provoquer l'intolérance du trijumeau. Pour plus de commodité, on peut, au lieu de cette soufflerie à main, actionner l'appareil avec une pédale. On ferme à volonté la fosse nasale libre, réglant ainsi l'entrée de l'air, suivant l'aspect du sujet et la lenteur de l'insensibilisation. Pour peu que le tube de caoutchouc introduit dans la narine soit assez large pour bien la remplir et que l'air ne puisse pénétrer que par l'autre narine ou par la bouche, la période d'excitation commence à la seconde suivante, et la troisième période ou période chirurgicale est atteinte au bout de cinq à six minutes.

L'éthérisation exige un double tube en Y, de façon à ce qu'on puisse faire pénétrer les vapeurs de l'anesthésique par les deux fosses nasales en même temps; dans le cas où l'on ne pourrait disposer de ce tube spécial, il suffirait de placer l'extrémité du tube simple dans une narine, et de fermer l'autre avec le doigt.

Il est bon que l'anesthésiste puisse surveiller, grâce à un tube de verre placé sur le trajet du tube de caoutchouc qui se rend au nez du sujet, que le courant d'air n'entraîne pas des gouttes du liquide anesthésique, qui pourraient aller irriter le pharynx et la glotte. Dans ce cas, il suffit de modérer le nombre des insufflations.

Quant au dosage de l'anesthésique, il est relativement facile à obtenir, en comptant pendant un certain temps le nombre de coups de pédale donnés, et relevant en même temps la différence du niveau du liquide dans le flacon.

Kuzman (O.). *Narcose chirurgicale par injection sous-cutanée d'hyoscine.* (Wiener medicinische Wochenschrift, 25 février 1905.)

Par l'injection hypodermique de 0 gr. 001 (un milligramme) d'hyoscine, on obtiendrait un sommeil si profond qu'il devient possible d'opérer le sujet sans le réveiller. C'est ainsi que l'auteur a pu pratiquer, en pleine anesthésie, l'exérèse de tumeurs hémorroïdaires, après avoir injecté sous la peau une pleine seringue de Pravaz d'une solution de 0 gr. 05 de chlorhydrate d'hyoscine dans 40 gr. d'eau distillée. Le malade continua à dormir pendant comme après l'opération. Réveillé, il n'éprouva aucun trouble, sauf une légère sensation de lassitude.

Krougilitch. *L'introduction de vapeurs d'éther dans le rectum comme méthode d'anesthésie générale.* (Voyenno medicinsky journal, déc. 1904 in Rev. Médicale., II janvier 1905.)

En 1847, le célèbre chirurgien russe, Pirogov, avait démontré, dans une séance de l'Académie des sciences de Paris, la possibilité d'obtenir une anesthésie générale par l'introduction de vapeurs d'éther dans le rectum. Ce procédé de narcose chirurgicale n'a pas trouvé d'imitateurs. M. A. V. KROUGILITCH vient de l'expérimenter à nouveau sur des malades du service de chirurgie de M. Mouchinsky, à l'hôpital militaire de Kiev. Ces essais auraient montré que l'anesthésie par la voie rectale, pratiquée suivant un *modus faciens* dont il sera fait mention plus bas, offre des avantages sérieux. Le malade s'endort vite et la narcose elle-même serait dépourvue des inconvénients propres à l'anesthésie par les voies respiratoires. Le sommeil obtenu par l'introduction intrarectale d'éther serait généralement assez profond pour permettre d'effectuer les plus grandes opérations. Parfois, cependant, le degré d'anesthésie est insuffisant, mais dans ces cas, pour endormir complètement le malade, on n'aurait qu'à lui faire respirer quelques bouffées de chloro-

forme, qu'on continue ensuite à administrer, de temps à autre, toujours à très petite dose, afin de maintenir la narcose. L'anesthésie par le rectum serait le procédé de choix pour les opérations pratiquées sur la tête et sur le cou, mais, en raison de son innocuité, l'auteur voudrait qu'elle fût employée aussi pour les opérations sur les autres régions, sauf dans les cas où elle est contre-indiquée (ulcérations et inflammations intestinales, péritonite).

Voici, d'après l'auteur, les règles à observer pour mener à bien l'anesthésie par la voie rectale :

La veille du jour de l'opération, on purge le malade, on lui fait ensuite un lavage de l'intestin, puis on administre un bain général. Avant d'endormir le malade, on procède à la toilette du champ opératoire. Ceci fait, on prend un flacon en verre cylindrique, gradué et bouché hermétiquement au moyen d'un bouchon au travers duquel passent deux tubes en verre : l'un, vertical, destiné à verser l'éther dans le flacon, l'autre tube est coudé et porte un récipient pour collecter l'éther liquide résultant de la condensation des vapeurs de cet anesthésique. Le flacon rempli d'éther est placé dans un vase contenant de l'eau à 40°. On adapte au tube coudé un tube en caoutchouc muni d'un robinet (pour régler le débit des vapeurs d'éther) et d'un embout en verre, de forme olivaire, qu'on introduit dans le rectum de façon à l'y maintenir incliné de haut en bas. Cette précaution est nécessaire pour permettre l'écoulement en retour, vers le récipient placé sur le trajet du tube coudé, du liquide résultant de la condensation des vapeurs d'éther.

La pénétration de l'éther dans le rectum produit, au début, quelques sensations douloureuses dans l'intestin, accompagnées parfois d'envies d'aller à la selle et même d'évacuation de matières fécales, si le malade n'a pas été bien purgé. Au bout de deux ou trois minutes, la sensibilité douloureuse de l'intestin disparaît. A ce moment, l'haleine du malade commence à dégager l'odeur de l'éther.

Bientôt après le malade s'endort et devient anesthésié. Dans la narcose profonde, les pupilles se rétrécissent au maximum et ne réagissent plus à la lumière, mais le réflexe cornéen est toujours conservé. Cet état s'établit sans période d'excitation préalable ou après quelques phénomènes réactifs légers et passagers. Une période d'excitation tant soit peu bruyante n'a été observée que rarement.

Weil (E.), *L'action des anesthésiques sur le sang.* (*Presse médicale*, 15 février 1905.)

L'éther diminuerait le nombre des hématoïdes : une anémie notable pourrait être une contre-indication à l'anesthésie (utilité de faire inhale au patient quelques ballons d'oxygène après l'opération). Il semblerait que le chloroform eût la même action. Ces constatations demandent, à être corroborées par de nouvelles études : en tous cas une anesthésie de courte durée n'atteint pas le globule rouge. L'éther augmente le nombre des globules blancs dans des proportions variables : au contraire le chloroform semble le diminuer. L'action des anesthésiques locaux n'a pas été étudiée. L'anesthésie lombaire à la cocaine détermine une hypoleucocytose suivie bientôt du retour à la normale et souvent d'une hypoleucocytose passagère. L'auteur admet que ces différentes modifications sont produites par une intoxication due aux anesthésiques employés.

Dunogier, *De l'odontalgie neurasthénique.* (*Gazette hebdomadaire des sciences médicales de Bordeaux*, n° 47, 20 novembre 1904.)

La névralgie, considérée en tant que sensation douloureuse sur le trajet d'un nerf sans existence de lésion matérielle tend de plus en plus à disparaître du cadre nosologique. Les véritables névralgies sont rares et l'on doit faire jouer à la neurasthénie un rôle très important dans leur étiologie. L'auteur croit que c'est à la neurasthénie également qu'il faut attribuer la plupart des névralgies du trijumeau, considérées encore par cer-

tains auteurs, Jendrassik entre autres, comme névralgies essentielles. Galippe avait déjà classé plusieurs de ses observations sous le titre général d'obsessions dentaires : l'auteur leur donne le nom d'odontalgies neurasthéniques. Il en décrit la symptomatologie que nous résumerons de la façon suivante : douleurs très tenaces, *continuelles*, ne laissant au malade aucune trêve, ayant tendance à envahir les nerfs voisins, changeant parfois de côté ; elles s'accompagnent de paresthésie, de sensations de fourmillement, de gène mécanique, que les malades attribuent à une cause imaginaire quelconque, tension de filets nerveux, ébranlement des dents de sagesse, fracture de dents au cours d'une extraction, etc. Pas de symptômes objectifs, rien qui rappelle les accès du tic douloureux. Les malades décrivent leurs douleurs avec une grande exagération de termes. Les douleurs sont particulièrement vives à un certain moment de la journée, mais peuvent être réveillées pour une cause insignifiante. Les patients croient à une affection grave, cancer, tumeur, etc. S'ils incriminent leurs dents, ils les font enlever les unes après les autres : ces malades relèvent du médecin plus que du dentiste.

L'auteur publie à l'appui de ses constatations une observation remarquablement intéressante à laquelle nous ne pouvons que renvoyer le lecteur.

Moizart et Grenet. Que doit-on entendre par le mot Aphte ? (La Clinique, 8 janvier 1905.)

On réunissait autrefois sous ce nom des variétés très différentes de stomatites et une certaine confusion règne encore relativement au sens que l'on doit attribuer au mot aphte. Les auteurs pensent que « l'on observe souvent dans la bouche une éruption vésiculeuse différente de l'herpès, et conforme à la description que les classiques ont donné des aphtes. Les vésicules de l'herpès, souvent plus petites, se groupent en bouquet, elles ont un aspect nacré et donnent lieu à

des ulcérations peu profondes ; la vésico-pustule de l'aphte a une teinte jaunâtre qui n'est pas due seulement au siège muqueux de l'éruption, car, au niveau de l'amygdale, on peut parfois observer la différence objective de l'angine herpétique et de l'angine aphteuse ; les aphtes qui peuvent être très abondants ou au contraire discrets ne sont ordinairement pas confluentes au sens exact du mot, car ils sont distribués irrégulièrement, disséminés dans toute la cavité buccale et ne forment pas de bouquets vésiculeux comme l'herpès ; les ulcérations consécutives aux aphtes sont assez profondes et rebouillantes ; en outre l'herpès des muqueuses s'accompagne souvent d'efflorescences cutanées : à la peau les aphtes sont exceptionnels et l'herpès fréquent ; sur la langue les aphtes sont fréquents et l'herpès exceptionnel. Enfin les éruptions herpétiques ont souvent un début bruyant, avec une température élevée ; il n'en est ordinairement pas de même dans les aphtes. D'après Worms, la vésicule de l'aphte est un élément anatomique très spécial, contenant non pas du liquide, mais une matière sébacée jaunâtre, pathognomonique de cette lésion qui correspond à une stomatite folliculaire. Les auteurs pensent qu'il faut donner au mot aphte une signification purement anatomique. Ils en proposent la définition suivante :

« L'aphte est un élément éruptif siégeant le plus souvent sur la muqueuse buccale ou sur la langue, constitué par une vésicule arrondie, de couleur jaunâtre, entourée d'une zone rouge, ayant un contenu jaunâtre et crémeux, s'ulcérant en donnant une ulcération plus profonde et plus rebelle que l'ulcération herpétique. » Les aphtes sont fonction soit d'une infection banale, soit d'une infection spécifique, sans que leurs caractères objectifs soient influencés de ce fait.

Curchod (J.). Les rayons X et l'art dentaire. (Revue trimestrielle suisse d'Odontologie, I, 1905, p. 66.)

Les indications des rayons X en art dentaire sont multiples : les causes de

la persistance des dents de lait, la présence des kystes, abcès, racines, sont dévoilés, etc. ; la valeur thérapeutique des rayons X est indiscutable ; ils demandent seulement à être maniés avec prudence. Ils ont apporté au dentiste un remède puissant contre la pyorrhée alvéolaire (Tousey) ; l'auteur attire l'attention sur cette partie de la thérapeutique, de nouvelles recherches et expériences devant apporter de nouvelles découvertes.

James (M. M.), Un cas de syphilis héréditaire de la bouche. (*Deutsche Monatsschrift für Zahnheilkunde*, 1903, 3 et *Rev. trim. suisse d'Odontologie*, I, 1905.)

Une jeune femme de trente ans, vient consulter l'auteur pour de violentes douleurs qui siègent au niveau de ses incisives supérieures dont elle souffre depuis quelques jours seulement. La malade n'accuse aucune maladie précédente : sa santé a toujours été parfaite. A l'examen de sa bouche on ne constate pas de carie ; les gencives sont très enflammées et l'incisive centrale supérieure paraît sortir de son alvéole. La périostite est localisée au niveau des incisives supérieures. La malade se souvient d'avoir reçu un coup sur le maxillaire supérieur, quelques semaines avant qu'éclatent les douleurs dont elle se plaint actuellement. L'auteur pense aussitôt à une lésion d'origine traumatique.

Il pratique une incision auprès de la racine de l'incisive centrale supérieure ; il s'écoule un peu de pus. A l'exploration le tissu osseux du bord alvéolaire semble raréfié. L'ouverture de la collection purulente ne soulage pas la malade, au contraire son état empire après l'intervention. Il se produit une nécrose du maxillaire supérieur et une fistule s'établit en gagnant la fosse nasale gauche. L'auteur enlève trois incisives ; plusieurs séquestrres s'éliminent en même temps. Malgré cette nouvelle intervention on ne remarque aucune amélioration dans l'état du sujet. M. James soupçonne la syphilis et après une entrevue avec la mère de sa malade il appelle en consultation

l'accoucheur qui avait assisté à sa naissance. Ce dernier se souvient parfaitement que la parturiente avait été contaminée par son mari et qu'elle avait eu, durant sa grossesse, des accidents syphilitiques graves.

Devant ces faits, on institua aussitôt le traitement spécifique et le tissu osseux du maxillaire ne tarda guère à se reconstruire et à prendre son aspect normal.

Barker (A.-E), De l'anesthésie locale. (*British Med. Journal*, n° 2295, 24 déc. 1904.)

L'eucaine β présente de grands avantages sur la cocaïne. L'auteur emploie la solution suivante :

Eucaïne β.....	o gr. 20
Chlorure de sodium.	o gr. 80
Solution d'adrénaline	
1/1000.....	X gouttes
Eau distillée.....	100 gr.

Autant qu'il est possible diminuer la circulation sanguine au point à opérer (réfrigérant, ligature). L'analgésie dure jusqu'à 3 heures. Il faut attendre une demi-heure pour opérer.

Pietkiewicz, Cure radicale des fistules d'origine dentaire. (Thèse de Paris, 1904.)

L'auteur définit d'abord la fistule dentaire ; il en étudie le trajet, le diagnostic ; suivant lui, elles sont susceptibles d'une guérison rapide. L'extraction de la dent n'est qu'un pis aller ; la méthode de la greffe par restitution peut être très utile, mais exige des précautions d'asepsie particulières ; la résection sur place de l'apex donne de bons résultats. Mais le procédé de choix, procédé de douceur, consiste en injections antiseptiques par le canal radiculaire et dans le trajet fistuleux. Jamais on ne doit curetter une fistule dentaire.

Ferrier (J.), Quelques accidents de l'extraction dentaire. (*Rev. de Stomat.*, oct. 1904.)

Ces accidents sont, suivant l'auteur, l'arrachement de la grosse tubérosité pour la dent de sagesse du haut et, d'une façon générale, l'arrachement de

la paroi alvéolaire, l'infection alvéolaire. Comme complications, l'auteur rappelle l'adhérence de la gencive, la nécrose du maxillaire.

Mathis, Evolution du traitement de la carie dentaire. (*In Bull. de Thérapeutique*, 8 janv. 1905, p. 4.)

Les Grecs, d'après les dires d'Aristote, faisaient si grand cas de leurs dents qu'ils ne les tiraient ni arrachaient jamais qu'elles ne branlassent et tombassent quasi d'elles-mêmes.

En témoignage et avertissement de quoi, il y avait au temple d'Apollon une tenaille à tirer les dents, faite de plomb, pour signifier qu'il ne fallait tirer la dent, si elle ne branle et vacille tellement qu'elle puisse être arrachée et tirée avec une tenaille de plomb, c'est-à-dire sans force ou violence aucune, autrement non.

La peine du talion frappait chez les Hébreux quiconque détruisait une dent, et chez les Musulmans il ne fallait rien moins que l'autorisation du Souverain pour la plus petite extraction. A juger par ces prescriptions sévères du prix qu'on attachait à la conservation des dents, on s'explique que l'art de remplacer celles qui étaient absentes fut parvenu alors à un certain degré de perfection. La prothèse fut en effet une des premières manifestations de l'art dentaire. Les Phéniciens pratiquaient la prothèse dentaire ; la preuve en est dans la pièce trouvée en 1841 dans une des tombes les plus anciennes de la nécropole de Saïda : « C'est une portion de mâchoire supérieure de femme présentant deux canines et quatre incisives réunies par un fil d'or ; deux de ces incisives paraissent avoir appartenu à un autre sujet et avoir été placées là pour remplacer celles qui manquaient... »

Herman, Fracture du crâne. Disjonction des sutures médico-frontale, sagittale et coronale. Trépanation, prothèse métallique, guérison. (*Ann. de la Soc. belge de*

Chir. et Ann. de la Soc. de médecine d'Anvers, oct.-déc. 1904, p. 120.)

Un enfant de 14 ans tombe d'un deuxième étage sur la tête. Avenant sans connaissance à l'hôpital, on constate, au cours d'une intervention immédiatement pratiquée, un enfoncement du crâne au niveau de la bosse frontale gauche du diamètre d'une pièce de 5 francs : ablation du fragment enfoncé : les sutures médico-frontale, sagittale et coronale sont disjointes ; au niveau du bregma, extraction d'un nouveau fragment osseux ; pas de hernie cérébrale ; suture. Cicatrisation. Mais le cerveau bat sous la peau. Nouvelle intervention pour appliquer, au niveau de la perte de substance frontale, une plaque d'aluminium : la plaque est bien supportée pendant un mois, puis une légère suppuration apparaît ; la plaque est retirée sept semaines après son application : le cerveau ne bat plus sous la peau, la pression n'est plus douloureuse, plus de séparation des sutures. L'auteur conclut qu'avec l'aluminium le chirurgien dispose dans les cas de ce genre d'un mode de prothèse facile, bien toléré. Il est certain que, surtout chez les sujets jeunes, où l'on peut espérer la régénération osseuse presque complète, on peut éviter par cette méthode des hernies du cerveau et aussi mettre le sujet à l'abri de contractions toujours dangereuses si elles venaient à se produire à un endroit où le cerveau est directement sous la peau.

Sgobbo, Guérison par la lumière violette de deux cas de tic douloureux de la face. (*Med. Record*, 4 février 1905.)

L'auteur a obtenu la guérison de deux névralgies du trijumeau par l'action des rayons violetts du spectre solaire. Les malades étaient placés dans une chambre noire dans laquelle pénétrait un faisceau de lumière violette dirigé sur la région douloureuse. Il fallut 18 séances dans un cas, 22 séances dans l'autre.

H.-CH. FOURNIER.

Cours préparatoires pour l'Examen du Diplôme d'État
de Chirurgien-Dentiste,
ouvert à tous les Étudiants en Chirurgie Dentaire

Nombre de cours : 75 — Partie médicale : 50 — Partie dentaire : 25

Professeurs	D ^r SEBILEAU *, professeur à la Faculté de Médecine de Paris, Chirurgien des Hôpitaux.
ou	D ^r DESGREZ *, professeur agrégé à la Faculté de Médecine de Paris.
Chargés de Cours	M. JULIEN I. *, professeur libre d'Anatomie et de Physiologie.
	D ^r MARIE *, docteur en Médecine, ancien interne des Hôpitaux.
	D ^r SAUVEZ *, docteur en Médecine, Dentiste des Hôpitaux.
	M. CHOQUET *, professeur à l'École dentaire de Paris.
	M. BLATTER *, professeur suppléant à l'École dentaire de Paris.
	M. Georges LEMERLE, préparateur à l'École dentaire de Paris.
Répartition	D ^r SEBILEAU, pathologie externe, générale et spéciale.
des	D ^r DESGREZ, thérapeutique, anesthésiques.
Matières enseignées	M. JULIEN, anatomie et physiologie générales et spéciales.
	D ^r MARIE, pathologie interne générale et spéciale.
	D ^r SAUVEZ, anatomie dentaire, clinique dentaire, extractions, anesthésie dentaire.
	M. CHOQUET, anatomie dentaire.
	M. BLATTER, pathologie et thérapeutique dentaires, générales, éléments de prothèse et d'orthodontie.
	M. G. LEMERLE, pathologie externe, générale et spéciale (assistant le D ^r Sebileau).

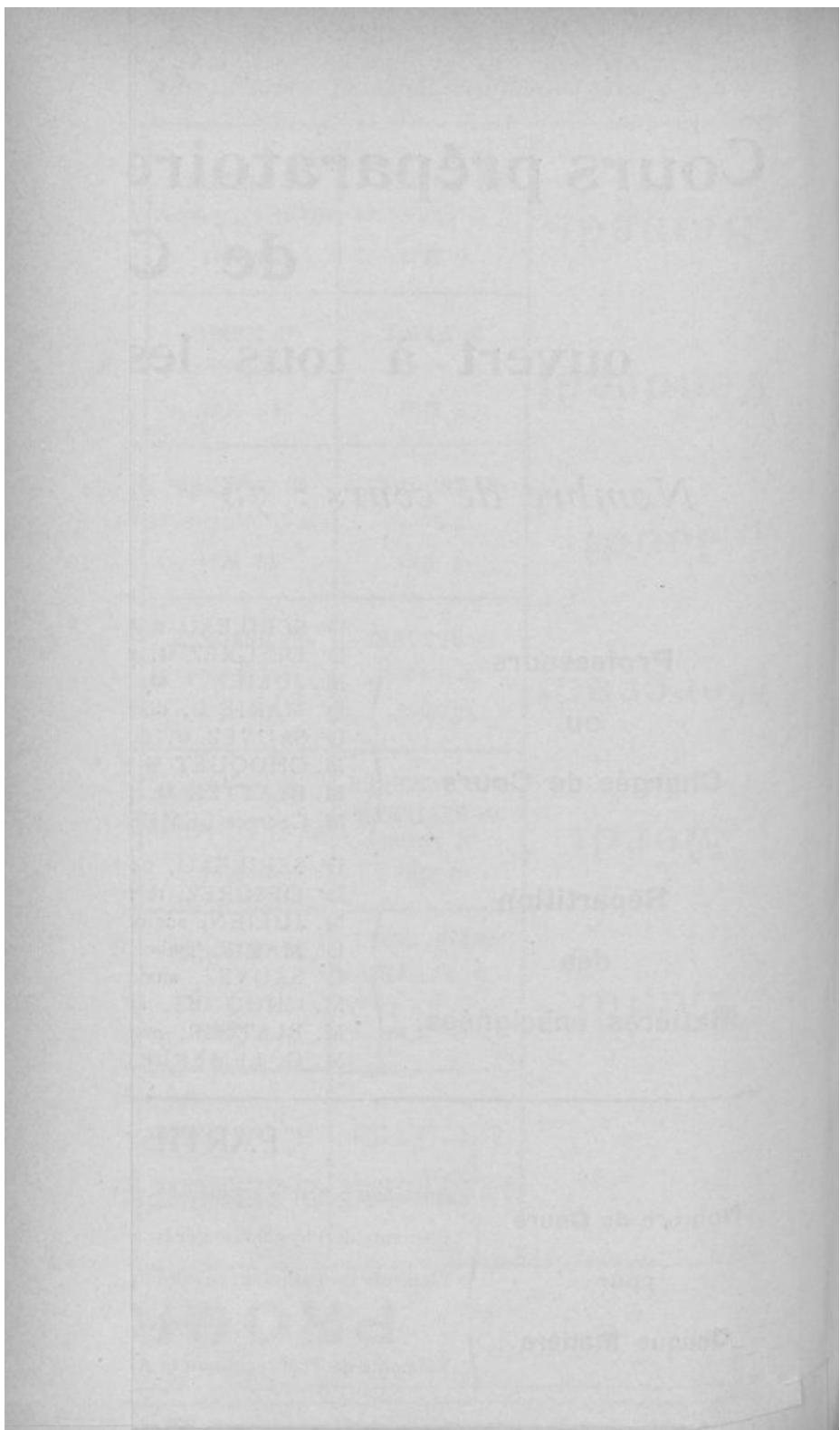
Nombre de Cours pour Chaque Matière	PARTIE MÉDICALE				PARTIE DENTAIRE			
	Anatomie générale et spéciale	10 Leçons	Anatomie dentaire	4 Leçons				
	Éléments de Physiologie générale et spéciale	10 —	Pathologie dentaire	3 —				
	Éléments de Pathologie externe générale et spéciale	10 —	Thérapeutique dentaire	3 —				
	" " interne " "	10 —	Anesthésie en art dentaire	4 —				
	Éléments de Thérapeutique et Anesthésiques	10 —	Éléments de prothèse dentaire, d'orthodontie et de prothèse chirurgicale	5 —				
		50 Leçons	Clinique dentaire	4 —				
			Extractions	2 —				
			Dentisterie opératoire	3 —				
				25 Leçons				

PROGRAMME JOURNALIER

	1 ^{re} SEMAINE	2 ^e SEMAINE	3 ^e SEMAINE	4 ^e SEMAINE	5 ^e SEMAINE	6 ^e SEMAINE	7 ^e SEMAINE	8 ^e SEMAINE
	du 1 ^{er} au 7 Mai	du 8 au 14 Mai	du 15 au 21 Mai	du 22 au 28 Mai	du 29 Mai au 4 Juin	du 5 au 11 Juin	du 12 au 18 Juin	du 19 au 25 Juin
Lundi	1 ^{er} Mai 1 ^{re} et 2 ^e Leçons D ^r SAUVEZ Anatomie dentaire	8 Mai 9 ^e Leçon M. CHOQUET	15 Mai 18 ^e et 19 ^e Leçons D ^r SEBILEAU et G. LEMERLE	22 Mai 27 ^e et 28 ^e Leçons D ^r SEBILEAU et G. LEMERLE	29 Mai 37 ^e Leçon D ^r SAUVEZ Clinique dentaire	5 Juin 45 ^e et 46 ^e Leçons D ^r SAUVEZ Extractions	12 Juin Vacances Lundi de Pentecôte	19 Juin 64 ^e et 65 ^e Leçons D ^r SEBILEAU et G. LEMERLE
Mardi	2 Mai 3 ^e Leçon D ^r SEBILEAU et G. LEMERLE	9 Mai 10 ^e et 11 ^e Leçons M. JULIEN	16 Mai 20 ^e Leçon D ^r SEBILEAU et G. LEMERLE	23 Mai 29 ^e et 30 ^e Leçons M. JULIEN	30 Mai 38 ^e Leçon D ^r SEBILEAU et G. LEMERLE	6 Juin 47 ^e et 48 ^e Leçons M. JULIEN	13 Juin 55 ^e Leçon D ^r SEBILEAU et G. LEMERLE	20 Juin 66 ^e et 67 ^e Leçons M. JULIEN
Mercredi	3 Mai 4 ^e Leçon D ^r DESGREZ	10 Mai 12 ^e Leçon D ^r DESGREZ	17 Mai 21 ^e Leçon D ^r DESGREZ	24 Mai 31 ^e Leçon D ^r DESGREZ	31 Mai 39 ^e Leçon D ^r DESGREZ	7 Juin 49 ^e Leçon D ^r DESGREZ	14 Juin 56 ^e et 57 ^e Leçons D ^r DESGREZ	21 Juin 68 ^e et 69 ^e Leçons D ^r DESGREZ
Jeudi	4 Mai 5 ^e Leçon M. CHOQUET	11 Mai 13 ^e et 14 ^e Leçons M. BLATTER	18 Mai 22 ^e et 23 ^e Leçons M. BLATTER	25 Mai 32 ^e et 33 ^e Leçons M. BLATTER	1 ^{er} Juin 40 ^e et 41 ^e Leçons M. BLATTER	8 Juin 50 ^e et 51 ^e Leçons M. BLATTER	15 Juin 58 ^e et 59 ^e Leçons M. BLATTER	22 Juin 70 ^e et 71 ^e Leçons D ^r DESGREZ
Vendredi	5 Mai 6 ^e Leçon D ^r MARIE	12 Mai 15 ^e Leçon D ^r MARIE	19 Mai 24 ^e Leçon D ^r MARIE	26 Mai 34 ^e Leçon D ^r MARIE	2 Juin 42 ^e Leçon D ^r MARIE	9 Juin 52 ^e Leçon D ^r MARIE	16 Juin 60 ^e et 61 ^e Leçons D ^r MARIE	23 Juin 72 ^e et 73 ^e Leçons D ^r MARIE
Samedi	6 Mai 7 ^e et 8 ^e Leçons M. JULIEN	13 Mai 16 ^e et 17 ^e Leçons M. JULIEN	20 Mai 25 ^e et 26 ^e Leçons M. JULIEN	27 Mai 35 ^e et 36 ^e Leçons M. JULIEN	3 Juin 43 ^e et 44 ^e Leçons M. JULIEN	10 Juin 53 ^e et 54 ^e Leçons M. JULIEN	17 Juin 62 ^e et 63 ^e Leçons D ^r SAUVEZ Anesthésie dentaire	24 Juin 74 ^e et 75 ^e Leçons D ^r SAUVEZ Anesthésie dentaire

Pour renseignements et inscriptions s'adresser au Secrétariat de l'École dentaire de Paris.

Le directeur adjoint : D^r E. SAUVEZ.





NOUVELLES

RÉCOMPENSE.

Le ministre de l'intérieur vient de conférer la médaille d'honneur de l'Assistance publique à M. Quincerot, chef du service dentaire du dispensaire gratuit de Belleville, membre de l'Association générale des dentistes de France.

Nos félicitations à notre confrère.

FÉDÉRATION DENTAIRE ALLEMANDE.

L'assemblée générale de la Fédération des sociétés allemandes de chirurgiens-dentistes s'est tenue les 25 et 26 avril à Hambourg.

Cette Fédération (*Vereinsbund Deutscher Zahnärzte*) comprend trente-huit sociétés représentant 1.607 membres.

(*Deut. zahn. Woch.* 8 avril 1905.)

UN NOUVEAU DISPENSAIRE.

Nous apprenons que la municipalité de Courbevoie vient de créer un Dispensaire pour la médecine générale et que le service dentaire de cet établissement a été confié à notre excellent confrère M. Borkowski, chirurgien-dentiste de la Faculté de médecine de Paris, D. E. D. P.

Nous adressons toutes nos félicitations à notre collègue, qui est déjà le chirurgien-dentiste du Bureau de Bienfaisance de cette ville depuis plus de douze ans.

DERNIÈRE HEURE

GROUPEMENT DE L'ECOLE DENTAIRE DE PARIS.

Le Conseil général du groupement professionnel de l'Ecole dentaire de Paris, comprenant les membres du Conseil de direction de l'Association générale des dentistes de France, du Conseil de direction de la Société civile de l'Ecole et du Dispensaire dentaires de Paris, les fonctionnaires et les membres du Comité de rédaction et d'administration du journal *L'Odontologie*, enfin les membres du bureau de la Société d'Odontologie de Paris, s'est réuni le samedi 29 avril à 6 heures du soir. Il a procédé à l'élection des fonctionnaires et du Comité de rédaction de *L'Odontologie* pour 1905.

Ont été nommés :

Directeur : M. le Dr Godon.

Rédacteur en chef : M. le Dr Roy.

Secrétaire de la Rédaction : M. Blatter.

Administrateur-gérant : M. Papot.

Membres du Comité de rédaction et d'administration : MM. Choquet, d'Argent, Delair, Dr Frey, Lemerie, Loup, Dr Sauvez, Viau.

ADRESSES UTILES

**La ligne: 20 francs par an, } dans 24 numéros.
Lignes en sus: 10 fr. la ligne. }**

- C. Ash et fils (*Fourn. gén.*) 22, rue du Quatre-Septembre, PARIS. TÉLÉPHONE 294.47.
 D. Bengué (*Anestile*), 47, rue Blanche, PARIS.
 A. Brémant, constructeur électricien, B^e S. G. D. G. 69, rue Caumartin. TÉL. 223.93.
 Clin et C^e (*Produits pharmaceutiques,adrénaline,Tubes stérilisés à tous médicaments*), 20, rue Fossés-Saint-Jacques, PARIS. TÉLÉPHONE 806.37 — 815.84.
 J. Fanguet, Georges Clotte, s^r (*Impressions en t. genres*), 28, r. d'Engain, PARIS.
 Comptoir international (*Fourn. gén.*), 15, avenue Fonsny, BRUXELLES.
 Contenau et Godart fils (*Fourn. gén.*), 7, r. du Bouloï, PARIS. TÉLÉPHONE 214.53.
 Cornelisen (*Fourn. gén.*), 16, rue St-Marc. TÉLÉPHONE 218.69.
 A. Debraux, prof^r (*Cert. d'Et. exigé des dentistes*), 17, faub. Montmartre, PARIS.
 L. Mairlot (*Fourn. gén.*), 24, place Ste-Gudule, BRUXELLES. TÉLÉPHONE 1429.
 A. Mellottée, imprimeur de *L'Odontologie à CHATEAUROUX*.
 P. Périé fils (*Fournitures générales*), 7, place Lafayette, TOULOUSE.
 B. Platschick (*Prothèse à façon*), 3, rue Ventadour, PARIS. TÉLÉPHONE 222.82.
 Reymond frères { 22, rue Le Peletier, PARIS.
 (*Fournitures générales*) { 44, place de la République, LYON.
 { 69, rue de la Croix-de-fer, BRUXELLES.
 { 3, rue Petitot, GENÈVE.
 TÉLÉPHONE 312.91.
 L. Riasse (*Agent de la Consolidated D. M. Co*), 97, rue Montmartre, PARIS,
 TÉLÉPHONE 283.75.
 Victor Simon et C^e (*Four. gén.*), 54, rue Lamartine, PARIS. TÉLÉPHONE 269-45.
 Société coopér. des dent. de Fr., 45, r. de La Tour-d'Auvergne. TÉLÉPH. 223.04.
 Société Française { 58 bis, Chaussée-d'Antin, Paris { Grande exposition, au dépôt
 { de Paris, de toutes les
 { TÉLÉPHONE 214-47. { Nouveautés dans l'outil-
 { Adr. télég. : Sociédents. { lage de MM. les Dentistes.
 V^e J. Wirth (*Manuf. dent.*), 22-24, av. Philippe-Auguste, PARIS. TÉLÉPH. 923.48.

**Instruments, Meubles et tous Articles dentaires d'occasion.
ACHAT et VENTE ~ LOUIS, 8, faub. Montmartre.**

TRAITÉ DE CHIMIE

Avec la notation atomique, par Louis SERRES, ancien élève de l'Ecole Polytechnique, professeur de chimie à l'Ecole municipale supérieure Jean-Baptiste Say. — Un volume in-8 de plus de 900 pages, avec 295 gravures sur bois intercalées dans le texte. — Prix : 10 francs. — BAUDRY et C^{ie}, éditeurs, 15, rue des Saints-Pères, Paris.

LABORATOIRE SPÉCIAL DE PROTHÈSE DENTAIRE

ROBERT BREITHAUPT

16, rue Jean-Vaury, Paris-16^e
près de la p. d'Orléans et de la gare de Montrouge
SERVICE TRÈS RAPIDE POUR PARIS ET LA PROVINCE
Travail très soigné et garanti. PRIX MODÉRÉS

×
**LABORATOIRE
SPÉCIAL DE PROTHÈSE
B. PLATSCHICK**
3
RUE
VENTADOUR
PARIS
SERVICE TRÈS RAPIDE pour la PROVINCE
222-82. Téléphone, 222-82.

Recommandé : Institut des Langues et des Sciences.

Certificats d'Etudes exigés des candidats au grade de Chirurgien-Dentiste

487 élèves reçus de 1897 à 1904 dont 38 en 1903 ou 1904, moyenne : reçus 90 % des élèves présentés
200 FR. DU 9 NOVEMBRE A JUILLET, 2 HEURES PAR JOUR
Cours 4^e partie, du Baccalauréat de 2 h. à 4 h. tous les jours : 450 fr. l'année scolaire

Directeur : A. DEBRAUX, 17, faub. Montmartre, Paris
Pension avec chambres particulières, prix modérés.

En vente à l'Ecole Dentaire de Paris :

**CATALOGUE de la BIBLIOTHÈQUE
de l'École Dentaire de Paris**

Par E. BONNARD, avec la collaboration de J. DE CROËS
Prix : un franc. (Port en sus 0,30.)

**Comptoir international
D'ARTICLES DENTAIRES**

et Maison LEMORL réunis

Dépôt des meilleures marques
15, Avenue Fonsny, 15
BRUXELLES

Photomicrographie histologique et bactériologique

Par J. CHOQUET,

Chirurgien-dentiste D.E.D.P. de la Faculté de Médecine de Paris.

Préparateur à l'Ecole dentaire de Paris

200 pages, 100 gravures et 8 planches en phototypie

Charles MENDEL, éditeur 118, rue d'Haussas, PARIS. Prix : 6 francs.

L'administration de L'ODONTOLOGIE,

possédant des collections presque complètes depuis la fondation du journal
(Juin 1881), peut céder à ses lecteurs les numéros dont ils ont besoin.

P. DENNINGER
47, rue des Batignolles, 47
PARIS

PROTHÈSE à FAÇON
Fournitures générales pour dentistes.
Spécialité de pièces en or et BRIDGE-WORK

SCŒMNOFORME

LE
PLUS RAPIDE

LE
PLUS SIMPLE

LE
PLUS SUR

Une
Anesthésie Générale
INSTANTANÉE
SURE et SANS DANGER
et sans aucun malaise post-opératoire
n'est obtenue que par le

SCŒMNOFORME

Le SCŒMNOFORME du Dr Rolland, de Bordeaux,
a été administré, par lui-même et avec le plus
grand succès, à plus de 20,000 patients, sans
aucun accident.

En ampoules de 3 et 5 c. c. pour une dose	Flacon simple (60 gr.)	6 fr.
Par boîtes de 6 ampoules :	— double (120 gr.)	12 —
5 Francs.	Robinet distributeur	5 —
	Un distributeur sert indéfiniment et peut s'appliquer à tous les flacons.	

Le SCŒMNOFORME est

En vente dans tous les Dépôts dentaires de Paris & de Province

Dépositaires Généraux pour la France :
Société Française de Fournitures Dentaires

58 bis, Rue de la Chaussée-d'Antin

Adresse Télégraphique :
SOCIÉDENTS-PARIS

PARIS-IX°

TÉLÉPHONE
214-47

30-IV-05

RENSEIGNEMENTS UTILES

La ligne: 20 francs par an, } dans 24 numéros.
Lignes en sus: 10 fr. la ligne

ALLIAGE DENTAIRE

Contentau et Godart fils, 7, rue du Bouloï, PARIS, TÉLÉPHONE 214.53.

CERTIFICAT D'ÉTUDES.

Institut des Langues et des Sciences. A. Debraux, dir., 17, fg. Montmartre. 170 élèves reçus (noms et adresses publiés) ces dernières années. Examens de 1903: 40 élèves reçus sur 50; 1904, 38 élèves reçus sur 46. Les 4/5 du cours de 1901, 1902, 1903 et 1904 reçus. Envoi des noms et adresses des diplômés.

CONTINUOUS GUM

B. Platschick, 3, rue Ventadour (*Laboratoire spécial*). TÉLÉPHONE 222.82.

DENTS XX^e SIÈCLE

D^r Carlier, seul concessionnaire pour la France, 61, rue de Flandre, PARIS.

FOURNITURES GÉNÉRALES.

Comptoir international, 15, avenue Fonsny, BRUXELLES.

Contentau et Godart fils, 7, rue du Bouloï, PARIS. TÉLÉPHONE 214.53.

Cornelsen, 16, rue Saint-Marc, TÉLÉPHONE 218.69.

Colin Logan fils, 113, rue Réaumur, près la Bourse, PARIS. TÉLÉPHONE 288.79.

H. Ningler et Lemesle, 12, rue des Immeubles industriels.

Reymond frères	{ 22, rue Le Peletier, PARIS. TÉLÉPHONE 312.91. 44, place de la République, LYON. 69, rue de la Croix de fer, BRUXELLES. 3, rue Petitot, GENÈVE.
----------------	---

Victor Simon et C^{ie}, 54, rue Lamartine, PARIS. TÉLÉPHONE 269.45.

Société coopérative des dentistes de France, 45, rue de La Tour-d'Auvergne. TÉLÉPHONE 223.04.

Société Française de Fournitures Dentaires.	{ 58 bis, Chaussée-d'Antin, Paris TÉLÉPHONE 214.47. Adr. télég. : Sociédents. Grande exposition, au dépôt de PARIS, de toutes les Nouveautés dans l'outillage de MM. les Dentistes.
---	--

V^e J. Wirth, 22-24, avenue Philippe-Auguste, PARIS. TÉLÉPHONE 923.48.

RENSEIGNEMENTS UTILES

La ligne: 20 francs par an, }
Lignes en sus: 10 fr. la ligne } dans 24 numéros.

IMPRESSIONS EN TOUS GENRES.

A. Mellottée, imprimeur de *L'Odontologie*, à CHATEAUROUX.
 J. Fanguet, Georges Clotte, successeur, fournisseur de l'*Ecole Dentaire*,
 28, rue d'Enghien, à PARIS.

MATIÈRES OBTURATRICES.

Amalgame Fellowship.	}	Société Française de Fournitures Dentaires. TÉLÉPHONE 214-47.
L'Or Universel.		
Ciment Fellowship.		

OPALINE, MEUBLES ASEPTIQUES.

L. Deglain, 88 et 92, quai Jemmapes, PARIS.

PRODUITS ANESTHÉSIQUES.

Anestile. Dr Bengué, 47, rue Blanche, PARIS.	}	Société Française de Fournitures Dentaires. TÉLÉPHONE 214-47.
Anesthésique Wilson, Central chemical Co, 34, rue de l'Échiquier, PARIS.		
Hypnoforme (chlorure d'Ethyle spécial).		
Chloroforme, chimiquement pur.		
Anesthésique local du Dr R. B. Waite.		

Somnoforme.	}	Société Française de Fournitures Dentaires. TÉLÉPHONE 214-47.
Stovaine Billon.		

PRODUITS PHARMACEUTIQUES

Adrénaline Clin. Clin et Cie, 20, rue des Fossés-Saint-Jacques, PARIS.	}	Société Française de Fournitures Dentaires. TÉLÉPHONE 214-47.
Ampoules MOREAU pour l' <i>Art dentaire</i> (cocaïne, tropacocaine, etc.).		
Ampoules MOREAU à la Stovaine 1 et 2 cc — 2 fr. et 2 fr. 50. Paris, 5, Rond-Point de Longchamp, 45, rue de La Tour-d'Auvergne, Société coopérative.		
Formyl-Géranium.		

Xyléna. Liquide antiseptique.	}	Société Française de Fournitures Dentaires. TÉLÉPHONE 214-47.
-------------------------------	---	--

PROTHÈSE A FAÇON.

Lalement et Coutif, 5, rue de Laborde (Travaux artistiques). TÉLÉPHONE 550.73.
 Pauchet, 23, rue Lemercier, Paris. Travaux soignés, prix modérés.
 B. Platschick, 3, rue Ventadour (*Laboratoire spécial*). TÉLÉPHONE 222.82.

30-IV-05

Applications générales de l'électricité**A. BRÉMANT**

Constructeur électricien, breveté S. G. D. G.

ATELIER, BUREAU et MAGASINS

69, rue Caumartin & 2, 4, 6, 8, passage du Havre

FONTAINES CHAUFFANTES

TRANSFORMATEURS*CABLEAUX***COMPTES RENDUS DU 3^e CONGRÈS DENTAIRE
INTERNATIONAL**

Cette publication a pris une **importance au delà de toute prévision**; aussi a-t-il été nécessaire de faire un 4^e VOLUME, qui est consacré à la fin des assemblées de sections, aux démonstrations pratiques et aux fêtes; il vient d'être envoyé à tous les souscripteurs.

Les COMITÉS NATIONAUX sont invités à faire connaître IMMÉDIATEMENT au secrétariat général le nombre d'exemplaires pour lequel ils souscrivent au nom des sociétés, écoles, journaux professionnels, bibliothèques et groupements dentaires de leur pays, au prix de 48 FRANCS POUR LA SÉRIE DES QUATRE VOLUMES (*port en sus*).

Les souscriptions volontaires des sociétés, des écoles ou des individualités sont reçues chez M. Viau, trésorier, 47, boulevard Haussmann, Paris.

L'ODONTOLOGIE

L'Odontologie est une TRIBUNE LIBRE, où toutes les opinions peuvent se produire ; les signataires gardent l'entièbre responsabilité de leurs appréciations.

AUX LECTEURS

Le Conseil général du Groupement de l'Ecole dentaire de Paris, dans sa séance du 29 avril, après avoir renommé M. Godon directeur de L'Odontologie et M. Papot administrateur-gérant, a confié le poste de rédacteur en chef de ce journal à M. Roy et celui de secrétaire de la rédaction à M. Blatter. Ces noms sont suffisamment connus des lecteurs de ce journal pour que nous n'ayons pas besoin de les présenter.

Le Comité de rédaction est composé de MM. Choquet, d'Argent, Delair, Frey, Lemerle, Loup, Sauvez et Viau.

La nouvelle Rédaction est très sensible à l'honneur qui lui est fait par cette désignation toute spontanée, dont elle apprécie toute la valeur, mais aussi tout le poids ; elle fera ce qui dépendra d'elle pour se montrer digne de l'honneur qui lui est fait et pour justifier la confiance du Groupement en se consacrant au progrès de ce journal, qui n'a cessé, depuis sa fondation, de tenir la tête des publications françaises d'art dentaire.

Organe de progrès scientifique toujours à l'affût de ce qui peut renseigner, instruire, intéresser les dentistes dans toutes les branches de la science odontologique, L'Odontologie saura aussi, à l'occasion, être un organe de combat pour la défense des intérêts professionnels des odontologistes, conformément à la déclaration de principes du Groupement de l'Ecole dentaire de Paris, déclaration basée sur l'autonomie nettement affirmée de l'art dentaire.

Mais, tout en accordant la place qui lui est due à la

polémique pour la défense des intérêts professionnels des dentistes et des idées libérales qui ont toujours été l'honneur de notre Groupement, nous ne perdrions pas de vue que le meilleur des arguments que les dentistes puissent opposer aux stomatologues, c'est ce qu'ils ont fait depuis vingt-cinq ans, malgré tous les obstacles, comparé au néant réalisé par les stomatologues, malgré leur situation privilégiée.

Acta, non verba. L'avenir est aux travailleurs, les odontologistes l'ont montré dans le passé, ils le montreront encore dans l'avenir. Nous nous efforcerons dans ce journal de stimuler les travailleurs, aussi bien parmi les confrères que leur savoir, leur expérience met à même de nous donner des travaux de haute valeur, que parmi les jeunes confrères dont les études, les observations trouveront toujours ici le plus sympathique accueil et les meilleures encouragements.

Nous ferons en sorte de tenir, aussi complètement qu'il est possible, nos lecteurs au courant de tout ce qui se publie sur notre science spéciale par des comptes rendus, des traductions, des analyses etc. Nous réservons aussi une place aux détails techniques, tours de mains particuliers qui intéressent toujours le dentiste quotidiennement aux prises avec les difficultés variées de la dentisterie opératoire et de la prothèse.

Tous nos efforts enfin seront consacrés à faire que ce journal, arrivé avec un succès toujours croissant à sa vingt-cinquième année d'existence, continue toujours plus avant sa marche victorieuse pour le progrès de la science odontologique.

LA RÉDACTION.

Le Conseil général du Groupement n'ayant pas renouvelé le mandat de M. Martinier, comme rédacteur en chef, et de M. Friteau, comme secrétaire de la rédaction, L'Odontologie leur exprime ses sincères remerciements pour la collaboration active qu'ils lui ont donnée pendant qu'ils occupaient ces fonctions.

BULLETIN

SUR L'ORIENTATION DE LA PROFESSION ET DES SOCIÉTÉS DENTAIRES EN FRANCE¹

Par le Dr E. SAUVEZ.

Certains dentistes français ont, depuis quelque temps, exprimé d'assez singulières idées sur l'avenir et l'idéal de notre profession et employé d'étranges procédés pour en sauvegarder la dignité.

Il me semble que l'honneur d'avoir été nommé par vous président de la Fédération dentaire nationale m'impose le devoir aujourd'hui, dans cette assemblée générale de toutes les sociétés adhérentes à la Fédération, de vous exposer mes propres idées, de vous signaler les dangers de ces opinions et de ces procédés, dangers d'autant plus sérieux qu'ils résultent de l'action énergique du groupe important dénommé : Syndicat des Chirurgiens-Dentistes de France. La situation me paraît nécessiter des explications urgentes sur ce point quant à l'orientation de la profession.

A entendre les membres de ce Syndicat, pour éléver notre profession, il faut, sans relâche et sans pitié, poursuivre tous ceux qui n'ont pas le droit absolu de l'exercer : mécaniciens-dentistes qui placent un appareil sur un patient en présence d'un chirurgien-dentiste, diplômés étrangers et étudiants en dentisterie qui acceptent une place d'assistant avant d'avoir fini leurs études pour subvenir à leurs besoins, patentés qui osent employer le chlorure d'éthyle comme anesthésique local, etc. Nous voyons les membres de ce groupe s'adresser aux tribunaux et à la Cour d'appel, leur demandant, pour fixer la jurisprudence, de déclarer que nous n'avons pas le droit de vendre notre clientèle, résultat de notre labeur, que nous ne pouvons pas, même en notre présence et sous notre responsabilité, faire appliquer un pansement, faire exécuter une obturation, faire prendre une empreinte, faire poser un appareil, si ce n'est par un diplômé de l'Etat français.

Leurs journaux continuent la besogne. Leur rêve est de diminuer le nombre des élèves en chirurgie dentaire ou d'en empêcher l'augmentation. Ils veulent que les écoles ne reçoivent que des malades absolument indigents, réclament des enquêtes pour établir l'indigence. Les écoles, outre l'or et les matières premières nécessaires pour l'enseignement de l'exécution des aurifications ou des appareils, paieront

1. Rapport présenté à l'assemblée générale de la Fédération dentaire nationale le 30 avril 1905.

encore les enquêteurs. Le moins d'écoles possible et le moins possible d'élèves et de malades dans les écoles. Faire payer patente à ces écoles; dénoncer la concurrence qu'elles font à leurs anciens élèves, et, par des brochures, empêcher leur recrutement en agitant devant le public le spectre éternel de la pléthora professionnelle ! Tel est leur idéal.

Voilà, en résumé, comment ces confrères comprennent la défense de notre profession et pensent la sauvegarder en faisant litière de la liberté, de l'égalité, et surtout de la générosité et de la bonne confraternité.

Permettez-moi de vous donner mon opinion à cet égard.

L'exercice de la médecine, réglementé depuis plus de cent ans, comporte certaines tolérances admises par les tribunaux. Le médecin fait souvent faire, sous sa responsabilité, par une garde-couches, qui n'a aucun diplôme, des injections vaginales à une femme qui vient d'accoucher, quand la moindre faute d'antisepsie pourrait amener la mort de cette femme.

Le chirurgien fait faire par son externe un pansement sérieux, par un infirmier, qui n'a aucun diplôme, des cathétérismes délicats ; fait enlever et remplacer un drain, quand la moindre faute pourrait amener des désordres terribles.

L'exercice de la pharmacie, réglementé aussi depuis plus de cent ans, a également ses tolérances. Le pharmacien peut faire exécuter par son élève, non diplômé, l'ordonnance la plus délicate ou l'analyse la plus sérieuse. Il est responsable personnellement, mais il est libre de choisir les aides ou les moyens qu'il emploie.

Dans notre profession, au contraire, on voudrait interdire ce qui est permis aux médecins et aux pharmaciens. Sur les instances du Syndicat des Chirurgiens-Dentistes, la Cour de Paris a jugé qu'il était interdit au dentiste de faire faire par un de ses assistants qui n'a pas totalement terminé ses études, ou par un diplômé étranger, un pansement au coton ou à la gutta-percha, une obturation, même en sa présence et sous sa responsabilité. Changer un pansement constitue l'exercice illégal.

Ainsi, le chirurgien-dentiste ne peut avoir comme assistant, au point de vue légal, qu'un diplômé de l'Etat français. Ainsi, le diplômé de nos écoles, qui a ses douze inscriptions, qui a son diplôme spécial d'une école dentaire reconnue d'utilité publique, ne peut être admis à mettre un coton entre deux dents, en notre présence et sous notre responsabilité ! Et, lorsque le dentiste français sera appelé sous les drapeaux pour une période de 28 ou de 13 jours, lorsqu'il sera malade ou forcé de prendre quelques jours d'un repos légitimement gagné par les fatigues de la profession, il ne pourra se faire remplacer pendant ces quelques jours, comme le médecin, par un étudiant ayant toutes ses inscriptions, sans craindre que le Syndicat ne le poursuive brutalement sans pitié, comme fraudeur.

Si un père de famille vient à succomber à la tâche et laisse un fils qui ne sera diplômé que dans six mois, le Syndicat, implacable, est là qui veille, tout prêt à poursuivre ce fils, s'il veut reprendre la succession du cabinet.

Réglementé seulement depuis treize ans, l'exercice de l'art dentaire subit des restrictions qui ne s'appliquent ni à la médecine ni à la pharmacie. N'est-ce pas une atteinte à l'égalité ? Pourquoi un privilège accordé aux médecins, aux pharmaciens, ainsi qu'aux élèves en médecine et en pharmacie, est-il refusé aux chirurgiens-dentistes et aux élèves en dentisterie ?

Quelques tribunaux me paraissent d'ailleurs avoir mal compris l'esprit de la loi de 1892.

Le dernier paragraphe de l'article 16 est ainsi conçu : « Les dispositions du paragraphe 1^{er} du présent article ne peuvent s'appliquer aux élèves en médecine qui agissent comme aides d'un docteur ou que celui-ci place auprès de ses malades. »

Le texte n'indique l'exception que pour les élèves en médecine, mais la logique et l'équité veulent qu'elle s'applique également aux élèves dentistes, qui doivent leur être assimilés et qui ont été simplement omis dans le texte de la loi, parce que c'était la première fois qu'on faisait une loi au sujet des dentistes.

En tout cas, il est déplorable que cette injuste restriction soit mise à profit par le Syndicat, qui, à mon avis, a rendu un bien mauvais service à nombre de chirurgiens-dentistes en faisant fixer par quelques tribunaux cette restriction.

Je connais beaucoup le monde dentaire de Paris et de la province et je n'hésite pas à dire que, s'il fallait poursuivre tous ceux qui emploient comme assistants des opérateurs non diplômés de l'Etat français, il faudrait aujourd'hui poursuivre plus de trois cents praticiens.

Ce mauvais service se double presque d'une mauvaise action. Qui frappe-t-on, en effet ? Ceux qui sont à la tête d'un cabinet important ? Non, ils gagnent suffisamment pour payer des diplômés d'Etat s'ils le veulent ; mais on frappe les petits dentistes qui ne gagnent pas assez pour rémunérer un diplômé d'Etat ; on frappe les étudiants dentistes, les diplômés des écoles, qui pouvaient auparavant subvenir partiellement aux nécessités de leurs études en acceptant ces emplois d'assistants pour faire, sous la responsabilité du patron, des nettoyages, des pansements, voire même quelques obturations.

Je ne saurais donc trop dire que c'est une mesure d'exception contre l'art dentaire, resté libre si longtemps en France, que ce défaut d'égalité dans le traitement est contraire aux principes de notre pays républicain et que les professionnels qui, d'un cœur léger, provoquent l'application de ces mesures participent à un attentat contre la liberté individuelle.

Et c'est un syndicat qui fait cette besogne, un syndicat qui, par destination légale, doit être un asile de liberté et un instrument de liberté! Qui dit qu'avant peu ce Syndicat ne poursuivra pas les étudiants dentistes comme exerçant illégalement dans les écoles? La situation est identiquement la même que celle des opérateurs non diplômés. Et l'Etat n'a pas à s'occuper si les soins sont gratuits ou payés; il n'a à s'occuper que de l'exercice illégal.

Où s'arrêteront les restrictions et les abus d'autorité, et, avec ces conceptions étroites et mesquines, ne reverrons-nous pas bientôt les despotes maîtrises du moyen âge?

Les opérateurs ne sont pas seuls atteints, les mécaniciens-dentistes le sont aussi.

Le bandagiste non diplômé prend des mesures pour un bandage herniaire qu'il applique, et celui-ci, mal appliqué, peut amener les complications les plus graves; l'opticien non diplômé essaie des yeux artificiels, conseille journallement de porter tel ou tel verre, alors que le choix d'un mauvais verre peut amener des désordres sérieux et des douleurs intenses; d'autres personnes non diplômées posent tous les jours des appareils de prothèse très délicats, du corps humain en général.

Mais le mécanicien-dentiste qui, depuis dix ou quinze ans, fait des appareils, qui connaît, je crois, mieux sa prothèse que le jeune chirurgien-dentiste qui a fait souvent, cinq appareils en tout, quand il les a faits, avant d'obtenir son diplôme, ne peut ni en livrer un au public, ni même prendre une empreinte, ni poser un appareil devant un chirurgien-dentiste ou un médecin, qui ont le droit d'exercice légal et assument la responsabilité.

Pourquoi empêcher un homme de gagner sa vie quand il ne cause aucun préjudice à ses semblables, quand, au contraire, il leur rend service et que les intéressés ne se plaignent pas? Que devient la liberté du travail, tant prônée à l'heure actuelle?

Et ce n'est pas encore assez; dans un syndicat de province, on a proposé que les chirurgiens-dentistes de la section s'engagent à ne prendre à leur service un mécanicien ayant travaillé ou travaillant chez un confrère qu'avec l'assentiment de ce dernier. La proposition a été adoptée à l'unanimité.

Que devient l'égalité des citoyens si l'on accepte d'un côté ce que font le bandagiste et l'opticien et si, d'autre part, on ne tolère pas l'exercice du mécanicien-dentiste?

Et qui vient exiger l'application de ces restrictions, de ces limitations? Un groupe composé de praticiens qui ont exercé longtemps grâce à la liberté de la profession et qui ont gagné leur vie et fait leurs études grâce à la liberté d'exercice, soit comme opérateurs, soit comme mécaniciens.

Attitude peu généreuse et qui paraît sacrifier les droits des chirurgiens-dentistes à des intérêts personnels, sans souci de l'intérêt général de la profession. Le but est dépassé et, une fois de plus, on peut dire : *Summum jus, summa injuria*. La loi de 1892 a créé un privilège, mais il y a, au-dessus des priviléges, les principes, et parmi ces principes, la liberté du travail et l'égalité des citoyens.

Les priviléges professionnels, dans la société, ne sont défendables que lorsqu'ils sont d'accord avec l'intérêt public.

Lorsque, par la pensée, je me reporte à ce qu'était la profession il y a quinze ans en France, je ne puis m'empêcher de constater que les dentistes étaient plus heureux quand ils pouvaient avoir un opérateur choisi par eux, façonné par eux et sous leur responsabilité, comme cela existe en médecine et en pharmacie. Les étudiants en dentisterie et les diplômés de nos écoles étaient plus heureux lorsqu'ils pouvaient gagner leur vie et subvenir aux dépenses de leur instruction. Les mécaniciens étaient plus heureux aussi lorsqu'ils pouvaient de temps en temps livrer un appareil au public, et les patentés lorsqu'ils pouvaient sans crainte faire de l'anesthésie locale, parce qu'il y avait une tolérance admise et qu'on poursuivait seulement les accidents causés par l'incapacité ou l'ignorance.

La loi de 1892 a fait entrer les dentistes, comme on le leur a dit tant de fois, dans la grande famille médicale en leur donnant le titre de chirurgiens-dentistes, après trois ans d'études et des examens probatoires, leur situation sociale a été relevée, mais on pourrait dire, je crois, qu'ils avaient plus d'avantages sous le règne de la liberté d'exercice, avant la fondation du Syndicat.

Dès que le titre fut créé, un certain nombre de chirurgiens-dentistes nouvellement promus, qui, peu de jours auparavant exerçaient grâce à la liberté, se réunirent entre eux et se retournèrent contre leurs frères de la veille, contre leurs amis, pourtant moins riches et moins heureux.

Ils commencèrent à faire interdire à ceux-ci l'anesthésie locale même par réfrigération, puis poursuivirent les mécaniciens-dentistes, les opérateurs non diplômés et même certains étrangers respectables, qui exerçaient honorablement dans notre pays, où ils avaient apporté des notions de bonne dentisterie opératoire et des usages de bonne confraternité. Certains furent traqués sans pitié, sans considération pour leur valeur professionnelle, leur dignité, ainsi qu'on l'a fait pour un homme que je considère, avec tous ceux qui le connaissent, comme un de ceux qui honorent le plus notre profession.

On aurait peut-être compris que ces mesures eussent été provoquées par ces terribles stomatologues irréductibles dont on parle toujours, quoique leur nombre soit bien réduit. Ils ont acquis leur doctorat par une série d'examens, cinq ou six années d'études, et

auraient peut-être pu se montrer jaloux de leurs prérogatives. Mais nous ne pouvons pas admettre que cela vienne des chirurgiens-dentistes qui, d'ailleurs, après avoir été très âpres à la lutte, en subissent aujourd'hui les inconvénients, en ce qui concerne les opérateurs et les remplacements.

Remarquons, de plus, que les médecins et les pharmaciens ont aussi leurs syndicats. Ceux-ci sont plus libéraux. Soucieux de leurs propres intérêts, respectueux de la liberté, ils ne songent pas à interdire aux médecins ou aux pharmaciens d'avoir des aides sous leur responsabilité.

Et cette poursuite incessante des uns et des autres ne développe-t-elle pas des haines nombreuses et ne fera-t-elle pas naître une désunion qui s'accentuera surtout en province, où la concurrence est plus directe parce que la clientèle est plus limitée ?

Un dentiste imbu des idées du Syndicat sait-il qu'un de ses confrères possède un opérateur qui n'est pas en règle avec la loi, il tâche d'obtenir une preuve. Pour cela, il prend des renseignements où il peut, par les domestiques, par les concierges au besoin, et s'efforce ensuite de mettre son confrère en faute en lui envoyant des pseudo-malades pour qu'ils soient soignés par l'opérateur.

Quand le dossier est prêt, on va trouver le Syndicat qui poursuit. Et le président de ce Syndicat écrit : « Nous accomplirons cette tâche d'un cœur léger, guidé par lamer souvenir des plaintes, des aspirations brisées, triste concert des confidences des chirurgiens-dentistes désabusés. »

C'est l'espionnage, je dirai presque la délation, c'est le règne odieux des fiches, tant blâmé par l'opinion publique, qui entre dans notre profession. Nous avons peut-être chacun la nôtre.

Ceux qui sont en bons rapports avec les autorités du Syndicat sont laissés en paix ; ceux qui leur ont déplu sont poursuivis sans trêve. Et alors commencent les perquisitions domiciliaires, les agents pénètrent dans les cabinets sous la conduite de confrères et les huissiers font des constats.

C'est le règne de l'Inquisition et de la Terreur dans la profession. On faisait de même jadis à Venise, sous le Conseil des Dix.

Je ne comprends pas ainsi les devoirs d'une association professionnelle. Je préfère la tolérance ; je suis l'adversaire déclaré de ces procédés qui ne peuvent produire que la méfiance confraternelle, la discorde et la désunion. Certes, j'aimais mieux la franchise de la poursuite personnelle que l'anonymat du Syndicat qui peut attaquer les meilleurs d'entre nous. Auparavant, quand un confrère trouvait qu'un praticien peu scrupuleux le gênait, il le poursuivait directement, s'il n'était pas en règle avec la loi. C'était la lutte franche. Aujourd'hui, il n'en est plus de même : c'est la lutte anonyme ; on sait qu'on

ne sera pas mis en cause. On va dénoncer son concurrent, le Syndicat fait le reste. Je trouve ces mœurs peu dignes et dangereuses pour l'avenir de notre profession et je me retire avec bonheur de ce groupement, dont je ne soupçonne pas les tendances au début de sa fondation. L'heure me paraît venue de me désolidariser d'avec lui.

Mais ce n'est pas encore assez. Certains confrères trouvent qu'un syndicat n'est pas suffisant : ils rêvent de multiplier les syndicats ; ils rêvent de créer un tarif minimum, avec tant pour une couronne facile, tant pour une couronne difficile, tant pour une dent *sauvable*, etc. Je me souviens qu'à Lille un syndicat de médecins du Nord avait proposé ainsi un tarif réduit pour un *toucher simple* et un autre tarif pour un *toucher prolongé*. La proposition s'est effondrée sous le ridicule.

Ils rêvent de créer une Fédération des syndicats de province — F. S. D. P. — quand il existe un syndicat central qui travaille avec une énergie remarquable. Le besoin d'une fédération nouvelle se fait sentir, paraît-il. La nôtre, la Fédération dentaire nationale, s'occupe, d'après eux, d'intérêts personnels, quoique nous procédions par élections, par assemblées générales.

Eux seront, avec les idées que nous venons de signaler, les défenseurs des intérêts généraux. Vous savez à quoi vous en tenir ! Et pour moi, je déclare nettement que je ne suis pas avec eux parce que je suis pour la bonté, la générosité, la bonne confraternité, pour la plus grande liberté.

LES ECOLES.

Ce n'est pas tout : il y a encore « l'autre danger », celui qui menace les écoles basées sur un groupement professionnel. Puisqu'on a signalé les méfaits des écoles, parlons un peu des méfaits des syndicats à leur sujet.

Nous trouvons dans le *Bulletin du Syndicat* une série d'articles chargeant les écoles de tous les péchés d'Israël. Les élèves dentistes sont trop nombreux ; il faut envoyer partout des circulaires disant que la profession de dentiste est une profession perdue ; il faut demander qu'on impose une patente aux écoles ; il faut mettre des examens supérieurs à l'entrée des écoles pour qu'il y ait moins d'élèves ; il faut éléver la limite d'âge, que l'Etat a omis de fixer ; il faut empêcher qu'aucun malade pouvant payer quelque chose puisse entrer dans les écoles. Les écoles paieront l'or et les matières premières ; ainsi, les élèves feront moins d'appareils et d'aurifications ; qui sait même si les écoles ne seront pas obligées de payer les malades pour qu'ils viennent vingt fois pour un appareil et dix fois pour une obturation ?

Quant aux couronnes, aux bridges et aux travaux de luxe, les écoles ou les élèves paieront aussi les frais. Il faut empêcher la propagande des écoles pour recruter des élèves, etc., etc.

Et qui dit cela ? Un diplômé de l'Ecole dentaire de Paris. Je ne veux pas relever la mentalité égoïste des gens qui ont profité de l'existence d'une école, du dévouement, du désintéressement de ses professeurs pour avoir un enseignement qui leur a mis en main leur gagne-pain. Ils ressemblent aux enfants qui, dès leur majorité, se retournent vers leurs parents pour les attaquer, quand ceux-ci les ont élevés et instruits, et je les laisse avec leur conscience. Ils ont été bien aises de trouver quelque chose pour eux, ils voudraient que leurs cadets ne pussent en profiter.

Je tiens à dire cependant avec énergie que l'Ecole dentaire de Paris, fille de l'Association générale des dentistes de France, dont est issue la Fédération dentaire nationale, n'a jamais fait d'économies et que les hommes dévoués qui, depuis longtemps, dirigent ses destinées, ont consacré tous leurs efforts, toute leur activité et le plus grand désintéressement à instruire sans rémunération les élèves et soulager les malheureux.

Je tiens à exposer la situation nettement devant cette assemblée pour soulever une discussion et avoir votre avis, convaincu qu'il est préférable de défendre les écoles basées sur une association professionnelle, pendant qu'il en est peut-être encore temps.

Voici un sophisme qu'il importe de signaler au plus vite, dans l'intérêt de l'enseignement dentaire dans notre pays. Les meilleures écoles sont celles qui sont fondées par les associations professionnelles dont elles dépendent ; or, ces associations professionnelles ont intérêt à ce qu'il y ait le moins possible de dentistes et par conséquent le moins possible d'élèves ; elles ont aussi intérêt à ce que ces élèves ne soignent que des malades absolument indigents. Donc, les écoles basées sur des groupements professionnels doivent avoir le moins d'élèves possible et ne doivent soigner que des indigents.

Ce raisonnement est faux, car les écoles basées sur les groupements professionnels n'ont pas le monopole de l'enseignement. Tout le monde peut, dans les conditions prescrites par les lois sur l'enseignement supérieur et le décret du 31 décembre 1894, fonder une école dentaire. Donc, si le Syndicat ou les syndicats arrivaient à restreindre le nombre des élèves dans une école basée sur un groupement professionnel, cela empêcherait-il le nombre des élèves dentistes de rester le même ou d'augmenter en totalité ? Les élèves iraient prendre leur scolarité dans d'autres maisons d'enseignement dentaire appartenant à une société fermée ou à une personnalité.

Nous savons ce que sont les personnalités : elles peuvent être excel-

lentes, mais aussi elles peuvent être bien mauvaises. L'association professionnelle aurait tué son école, perdu tout contrôle sur les élèves et l'enseignement. Plus de contrôle des travaux pratiques, plus d'enseignement tel que celui de notre école, qui a tant de fois mérité les éloges des pouvoirs publics.

Et, profitant de ces discussions et de cette floraison d'écoles, l'Etat surviendrait alors pour fonder un enseignement rattaché à la Faculté, comme il a déjà fait à Nancy et à Lille, comme il va le faire à Bordeaux. Croyez-vous que le Gouvernement s'occuperait de limiter le nombre des dentistes ? S'est-il occupé de limiter le nombre des médecins ? La seule limite vraie et pratique est constituée par les conditions d'existence. Si le nombre des étudiants en médecine et en pharmacie a diminué dans ces dernières années, c'est parce qu'on commence à savoir dans le public qu'à part de rares et brillantes exceptions la médecine et la pharmacie ne procurent que d'infimes ressources. Le jour où le public aura la même opinion pour la profession dentaire, le nombre des élèves diminuera. Il en est ainsi pour toutes les professions et toutes les industries.

Croyez-vous que le Gouvernement, maître des écoles que vous n'auriez pas su conserver, se préoccupera de vos vues et de vos désirs sur l'enseignement technique ? Quelques personnalités, que l'intrigue désignerait peut-être, mais non la compétence, seraient ses conseillers alors qu'aujourd'hui, par voie d'élection, vous êtes vraiment les maîtres de notre scolarité, de notre enseignement technique, de nos travaux pratiques. Croyez-vous que l'Etat se préoccupera de faire des enquêtes sur les malades, quand il ne peut le faire à l'Assistance publique ?

S'occupe-t-il d'un contrôle quelconque ou d'enquêtes analogues pour les malades qui viennent se faire soigner dans les services dentaires hospitaliers ?

Et ne savez-vous pas que les écoles professionnelles de la Ville de Paris font très bien, pour le public, des robes, des meubles, etc., qui sont payés, quand pourtant ces écoles vivent en partie des contributions de commerçants ?

Et cela n'existe-t-il pas dans tous les autres pays ?

Et quand même une fédération des écoles, qui n'existe pas encore en France et que nous avons essayé de créer, diminuerait un peu le nombre des élèves, elle ne pourrait empêcher d'autres écoles non fédérées de s'ouvrir, et, d'autre part, nous verrions les étrangers, après avoir passé les examens d'Etat, s'installer en France pour profiter d'une situation lucrative dont nous aurions éliminé quelques nationaux.

Favoriser l'étranger, substituer des écoles particulières ou gouvernementales à nos écoles basées sur un groupement professionnel,

resterreindre ou gêner l'enseignement dentaire français, constitue un programme auquel vous refuserez, avec moi, de souscrire, je l'espére.

Ma causerie a été un peu plus longue que je ne l'aurais désiré : l'importance de ces questions est mon excuse. J'ai dit avec netteté ma pensée. Vous avez assurément tous compris que le seul souci de l'intérêt général de notre profession et de sa dignité a dicté mes paroles et je serais désolé si vous aviez un seul instant pensé qu'il s'agissait de combattre non des idées, mais des personnes. Autant le conflit entre personnes est déplorable, autant la bataille des idées est féconde.

Tout le monde ne peut avoir les mêmes vues et j'ai trop le souci de la liberté de mes opinions pour ne pas respecter la liberté des opinions des autres. Je suis en bons rapports avec des confrères qui ont les idées que je viens de critiquer et je rends hommage à leur activité, mais je déplore que leurs efforts ne soient pas dépensés pour une plus noble cause.

Je reconnaiss volontiers qu'ils ont à bon droit empêché d'exercer un certain nombre de confrères indignes, qu'ils ont bien fait de fixer certains points de jurisprudence, qu'ils ont institué des conférences dignes de tout éloge et fait maintes choses utiles pour la profession. Je suis, d'ailleurs, persuadé que leurs intentions sont excellentes, mais j'ai voulu montrer que leurs actes vont à l'encontre de leurs intentions.

Qu'ils poursuivent certains confrères dont la réclame éhontée s'affiche sur tous les murs, nous les approuvons, mais nous ne pouvons pas admettre qu'on nous dise : « Nous poursuivrons *d'un cœur léger*, partout où nous aurons la preuve, etc. », qu'on agite sans cesse, comme une épée de Damoclès, un texte de loi antilibéral, qu'on emploie toujours les menaces, comme dans l'article intitulé : « A bon entendeur, salut ». Laissons au parquet, aux tribunaux, à la police, leur besogne ; elle n'est pas digne d'un groupement professionnel, à mon avis.

J'ai terminé. En face de ceux qui multiplient inconsciemment les éléments de discorde, j'ai voulu préconiser l'union fraternelle de tous ceux qui exercent notre profession, dentistes diplômés, patentés ou docteurs.

En face de ceux qui, sans pitié, sans bienveillance, frappent les non diplômés d'Etat, j'ai réclamé, au nom de l'intérêt public et professionnel, une tolérance plus libérale pour les dentistes diplômés des écoles en instance pour le diplôme d'Etat, pour les mécaniciens-dentistes et les élèves en dentisterie.

En face de ceux qui combattent nos écoles, j'ai voulu dire pourquoi nous sommes partisan d'écoles basées sur des associations professionnelles.

Aux impitoyables critiques de notre bienveillance à l'égard des indigents, j'ai dit que ces indigents sont indispensables à notre enseignement, non seulement l'indigent absolu, mais le pauvre, contrôlé par l'école, qui peut payer les matières premières et qui nous permet ainsi la pratique scolaire des travaux de luxe : bridges, couronnes, porcelaines, aurifications.

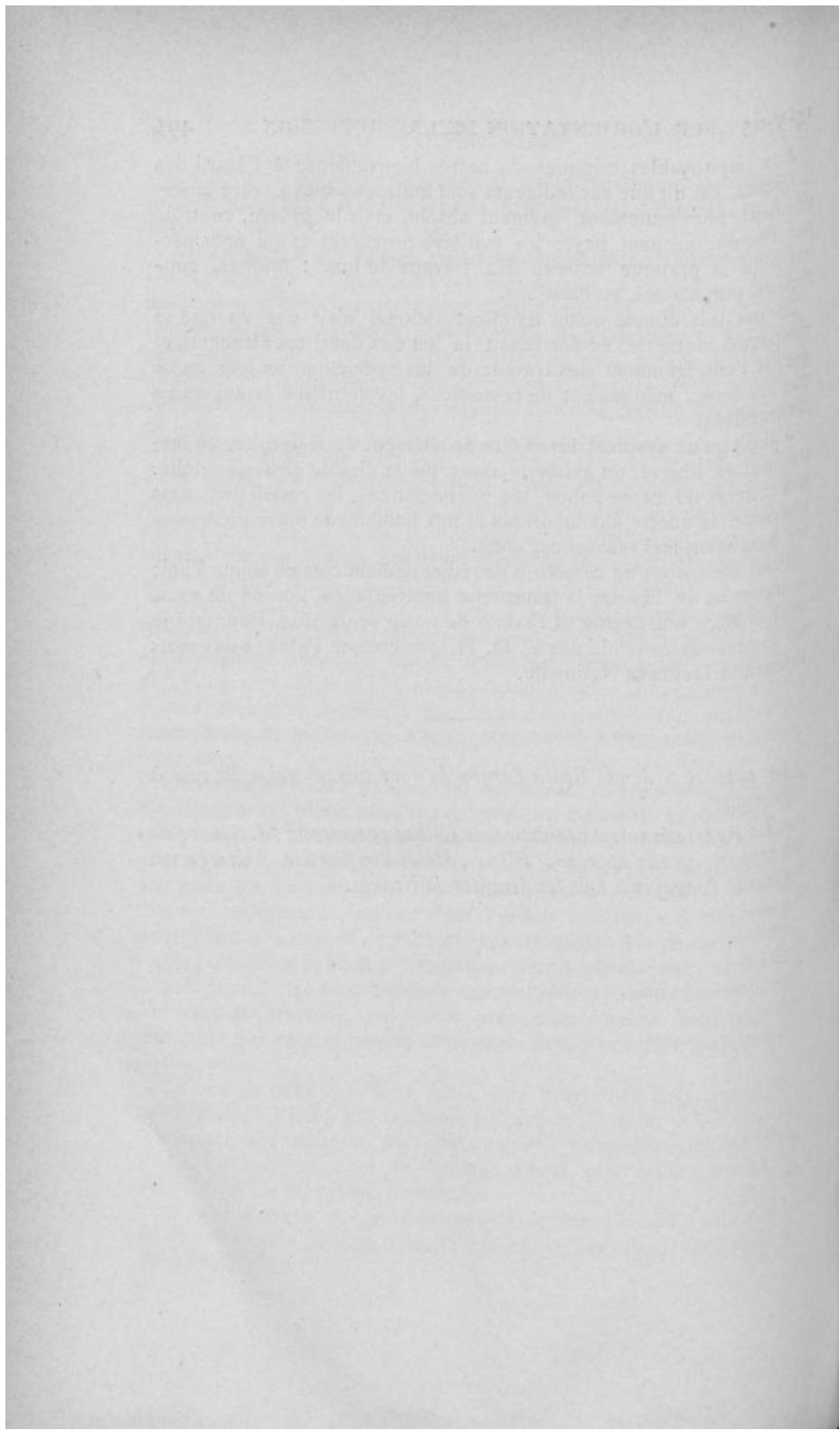
Je me suis étonné qu'un Syndicat national n'ait pas vu que sa campagne contre les écoles faisait le jeu des dentistes étrangers et que, si l'enseignement des travaux de luxe périclitait un jour parce que les écoles manquaient de ressources, les dentistes étrangers en profiteraient.

J'ai dit qu'un syndicat devait être un élément de fraternité, un instrument de liberté, un gardien jaloux de la dignité professionnelle. Les œuvres de basse police, les dénonciations, les restrictions sans tolérance, la guerre aux laborieux et aux humbles de notre profession me paraissent mal réaliser cet idéal.

Pour nous, nous ne cesserons de redire demain comme aujourd'hui : le maximum de liberté, la fraternelle bienveillance, l'union de tous, voilà la vraie sauvegarde et l'avenir de notre profession. Pour moi je ne comprends nos initiales F. D. N. que comme l'abréviation des mots Fraternité Dentaire Nationale.

Ce rapport a donné lieu à l'ordre du jour suivant qui a été voté à l'unanimité :

“ La Fédération dentaire nationale félicite et remercie M. Sauvez de son rapport, qu'elle approuve. Elle en décide l'impression et charge son bureau de l'envoyer à tous les dentistes de France. »



FÉDÉRATION DENTAIRE NATIONALE

SESSION D'AVRIL 1905.

La session parisienne annuelle de la Fédération dentaire nationale s'est tenue les 29 et 30 avril. Le programme était très chargé ; mais, grâce à une organisation à laquelle nous ne saurions trop rendre hommage, il a pu être presque entièrement rempli. Les délégués des sociétés fédérées, surtout des sociétés provinciales, y étaient venus très nombreux, malgré la distance considérable que beaucoup avaient été obligés de parcourir. Aussi peut-on dire, ne faisant en cela que répéter le jugement porté par tous les assistants, que cette session a été un plein succès.

Le programme était divisé en six parties : la première consistait en une séance extraordinaire de la Société d'Odontologie de Paris, tenue le samedi 29 avril, à 8 h. 1/2 du soir, à l'Ecole dentaire de Paris, 45, rue de La Tour-d'Auvergne. L'ordre du jour avait été établi avec un grand soin ; c'est pourquoi il avait attiré une nombreuse assistance, qui avait eu peine à trouver place dans le grand amphithéâtre de la Société. Il comprenait sept communications :

- | | |
|--|------------------|
| 1 ^o Traitement chirurgical des sinusites | MM. P. Sebileau. |
| 2 ^o Appareils extenseurs des maxillaires (projections). | de Croës. |
| 3 ^o Nouvelle méthode pour créer des points de rétention dans les obturations de porcelaine | Platschick. |
| 4 ^o Sur le diagnostic de l'origine dentaire dans les sinusites | Sauvez. |
| 5 ^o Sur le traitement de la pyorrhée | <i>id.</i> |
| 6 ^o Points principaux d'une conférence sur l'hygiène dentaire, s'adressant au public (projections). | Blatter. |
| 7 ^o Sur le traitement des 4 ^{es} degrés. | Th. Hugot. |

Il serait superflu de dire que la conférence magistrale de M. le professeur Sebileau, que nous publierons d'ailleurs prochainement, rédigée avec le soin que l'on sait et savante comme toutes les leçons dues à la plume ou à l'improvisation de ce maître en chirurgie, a été écoutée avec le plus grand intérêt et a soulevé des applaudissements unanimes et répétés.

Toutes les autres communications étaient très étudiées et, pour ne pas être inégal en accordant à chacune le tribut d'éloges qu'elle

méritait, nous préférions dire qu'elles ont toutes reçu l'accueil le plus chaleureux, et nous sommes persuadé que cet éloge sommaire sera ratifié par nos lecteurs lorsque nous les mettrons sous leurs yeux dans ce journal. Mais les organisateurs avaient trop bien fait les choses et les trois dernières communications n'ont pu être abordées.

La deuxième partie comprenait une série de démonstrations pratiques organisées par la Société d'odontologie de Paris, le dimanche matin 30 avril, de 9 heures à 11 h. 1/2, à l'Ecole dentaire de Paris. Nous en donnons ci-après le compte rendu détaillé (V. p. 500).

La troisième partie consistait dans une exposition de fournisseurs organisée le même jour à l'Ecole dentaire de Paris et dans laquelle nous avons eu l'occasion d'examiner plusieurs nouveautés intéressantes.

La quatrième partie était la remise à l'Ecole dentaire de Paris du buste de M. Lecaudey par M. Ronnet, ancien président de l'Association générale des dentistes de France, au nom du Comité de la souscription destinée à perpétuer la mémoire de ce grand bienfaiteur de l'école.

On sait que, pour honorer le souvenir de cet homme de bien, la salle de quatrième année, construite avec les ressources du legs qu'il avait fait à l'école, a été appelée *salle Lecaudey*. C'est dans cette salle qu'a eu lieu l'inauguration de ce buste, qui, dû à un artiste de grand talent, M. Carlier, est non seulement une œuvre d'art tout à fait remarquable, mais encore un portrait frappant de ressemblance, qui représente d'une façon vivante les traits du regretté défunt.

M. Blatter donne d'abord lecture de lettres d'excuses de MM. Lriot, Martin (de Lyon), Loup, Denis, etc.; puis M. Ronnet, entouré des membres du Comité de souscription, s'exprime en ces termes:

Messieurs,

La Commission chargée d'ouvrir une souscription pour perpétuer la mémoire du Dr Lecaudey, en vous réunissant autour de son buste, a le devoir de vous rappeler que l'homme qu'il représente a été un des grands bienfaiteurs de l'art dentaire.

Aucun des nombreux confrères qui ont eu recours à son obligeance ne l'a sollicitée en vain.

Il a été aussi un des principaux fondateurs de cette école, dont il a été le premier président et à laquelle nous sommes heureux d'offrir ce buste.

Lors de sa création, personne n'a jamais fait appel à sa générosité sans avoir obtenu ce qu'il désirait ; cette générosité, on pourrait dire inépuisable, nos élèves même en connaissent les effets, car tous les ans ils reçoivent un prix qui porte le nom de ce bienfaiteur. Il en faudrait beaucoup moins, messieurs, pour motiver la souscription qui doit faire vivre son souvenir, et nous devons reconnaître que ses confrères, l'appréciant à sa juste valeur, sont venus en foule contribuer à cette souscription qui leur rappelait cet homme de bien.

Nous sommes aussi heureux de compter parmi les souscripteurs le Conseil municipal de la ville de Coutances, sa ville natale, auquel nous adressons nos vifs remerciements.

C'est assez vous dire, messieurs, combien le digne homme représenté ici a laissé de sympathies partout où il a passé.

La Commission, heureuse d'avoir pu mener à bien la mission qui lui a été confiée, sachant toute l'amitié que vous avez conservée pour notre honoré confrère, vous invite à prendre part à l'inauguration de ce buste dans la salle qui lui est destinée.

Nous avons eu la bonne fortune, pour reproduire les traits de notre regretté bienfaiteur, de nous adresser à un grand artiste, certains qu'en en chargeant un homme de talent nous nous assurions une œuvre maîtresse.

Malgré les difficultés d'exécution, résultant de l'absence de documents suffisants, il a su donner à son œuvre un sentiment de vérité et de ressemblance absolument frappant.

Malheureusement nous ne pouvons vous présenter que le plâtre, le bronze étant au Salon, où chacun de vous pourra le voir ; nous le regrettons surtout pour la ressemblance de notre confrère, que le bronze accentue d'une façon plus remarquable.

Nous n'en avons pas moins l'espoir que cette œuvre vous donnera déjà par elle-même entière satisfaction.

Aussi permettez-moi d'être l'interprète de la Commission

en remerciant M. Carlier et en lui adressant nos sincères félicitations.

M. Godon répond en ces termes :

Au nom du Conseil d'administration de l'École dentaire de Paris, je remercie le Comité de souscription du buste Lecaudey.

Ce n'est pas sans une profonde émotion que nous, qui avons été honoré de son amitié, nous retrouvons les traits de M. Lecaudey, qui fut le premier président du Conseil d'administration de l'École dentaire de Paris.

Beaucoup d'entre ceux qui sont présents aujourd'hui ont connu et ont su apprécier ce sincère ami. Même arrivé au faîte des honneurs et de la profession, il était toujours resté simple. Venu de Coutances, sa ville natale, comme apprenti mécanicien, il devint bientôt mécanicien, puis opérateur. Il débuta dans la profession d'une manière très modeste. Il avait reçu une instruction primaire très rudimentaire et c'est dans ses heures de loisir qu'il a fait ses études médicales.

Nous sommes heureux de voir le buste de celui qui fut le bienfaiteur de cette école prendre place dans la salle qui porte son nom et qui fut construite l'année dernière, pour le remercier du legs qu'il nous fit quelques jours avant sa mort, afin de nous montrer l'intérêt qu'il portait à l'institution à laquelle il avait été dévoué toute sa vie.

Nous remercions, en même temps, aussi bien le Comité de souscription du buste qu'il offre à l'école que le sculpteur émérite qui a reproduit d'une manière si frappante les traits de l'homme de bien que fut le Dr Lecaudey.

M. Lemercier prononce l'allocution suivante :

Après les paroles éloquentes prononcées par mes amis Ronnet et Godon, je viens, au nom de tous les élèves du Dr Em. Lecaudey, lui adresser devant ce buste un souvenir ému.

Ses élèves, et ils sont nombreux, ont conservé de leur maître un excellent souvenir, qui ne s'effacera jamais.

Mon apprentissage chez lui en 1868 reste toujours dans ma pensée une des époques les plus agréables de ma jeunesse.

Ses apprentis, ses mécaniciens, ses opérateurs, tous ont encore ses bontés présentes à la mémoire.

Je prendrai comme témoin ce vieil ami Sauvez père, qui passa chez lui les meilleures années de sa vie.

Au nom donc de tous ces collaborateurs qui furent ses amis, j'adresse à cet homme de bien l'hommage de nos souvenirs.

Cette cérémonie, touchante dans sa simplicité, a réveillé bien des souvenirs, a fait battre bien des coeurs, en évoquant un passé déjà lointain, dont il reste encore heureusement des survivants, collaborateurs du regretté Lecaudey, qui continuent de donner à l'école le souffle d'activité et d'énergie qui les anime et qui a fait de cette institution un établissement auquel on peut être fier d'appartenir.

Un déjeuner offert par les dentistes de Paris à leurs confrères de province, à l'Ecole dentaire de Paris, à midi, constituait la cinquième partie.

Nous n'insisterons pas sur ce banquet, d'un caractère franchement amical, auquel assistait le sculpteur Carlier et que terminèrent de nombreux toasts. C'est toujours à table que se renouent le mieux les vieilles amitiés et que s'ébauchent le plus aisément les nouvelles et, sous ce rapport, le déjeuner du 30 avril n'a pas démenti les autres réunions de ce genre.

A 2 heures de l'après-midi s'ouvrait l'assemblée générale de la Fédération, sixième partie du programme, avec l'ordre du jour suivant :

1 ^e Procès-verbal.	
2 ^e Correspondance.	
3 ^e Rapport du secrétaire général.....	MM. Blatter.
4 ^e Rapport du trésorier.....	Delair.
5 ^e Sur l'orientation de la profession et des sociétés dentaires en France.....	Sauvez.
6 ^e Rapport sur les réformes de l'enseignement dentaire.....	Godon.
7 ^e Rapport sur l'hygiène dentaire en France et sur l'utilité de la création de services dentaires dans l'armée et dans la marine.....	Hugot.

8° Des rapports des dentistes avec la loi de deux ans	MM. Hugot.
9° Elaboration d'un code de déontologie professionnelle.....
10° Rapports de la F. D. N. avec la Fédération dentaire internationale (Session 1905, Hanovre)....	Godon.
11° Création d'un annuaire de la F. D. N.....	Sauvez.
12° Rapports de la F. D. N. avec l'Exposition de Liège.....	<i>id.</i>
13° Proposition du bureau de la F. D. N. au sujet de l'élection dans le prochain bureau, de plusieurs membres de province. — Election du bureau	
14° Nomination d'une commission pour le prix offert par le journal : <i>Le Laboratoire</i> .	
15° Propositions diverses.	

A cette réunion assistaient plus de soixante membres parisiens et provinciaux de la Fédération, délégués des sociétés auxquelles ils appartiennent.

M. Blatter, secrétaire général, donne lecture de son rapport dans lequel il retrace les événements saillants qui se sont passés à la F. D. N. depuis la dernière réunion ; il rappelle notamment les incidents survenus à propos de la commission du doctorat dentaire, qui ont amené le Syndicat des chirurgiens-dentistes de France à se retirer de la Fédération ; il fournit à ce sujet des explications dégagant la responsabilité du bureau et montrant que le président de la F. D. N. a fait tout le possible pour éviter une rupture.

En ce qui concerne la plainte de la Société et Syndicat des dentistes de l'Ouest, il donne également des explications qui réduisent à de justes proportions un incident résultant d'un oubli commis par le secrétariat dans l'envoi des convocations, incident qui avait été démesurément grossi.

Ce rapport est approuvé par l'assemblée, ainsi que le rapport du trésorier, M. Delair, constatant l'état satisfaisant des finances de la Fédération et il est décidé que les cotisations seront recouvrées pour 1905.

M. Sauvez donne lecture d'un important rapport publié plus haut sur : « l'Orientation de la profession et des sociétés dentaires en France. » Ce rapport a été suivi d'une discussion au cours de laquelle MM. Godon, Viau, Lemerle et Papot, s'associant à la protestation de M. Sauvez, ont annoncé leur démission du Syndicat des chirurgiens-dentistes de France. Finalement le rapport de M. Sauvez a été adopté à l'unanimité comme on l'a vu plus haut (V. ordre du jour, p. 491).

M. Godon expose les diverses réformes de l'enseignement dentaire à l'ordre du jour notamment : les conditions d'admission dans les écoles, le stage de deux ans préliminaire à l'entrée dans les écoles, la réforme du 3^e examen, le doctorat en chirurgie dentaire, etc.

Ces différentes questions, en partie approuvées par le Ministère de l'Instruction publique, font l'objet d'un ordre du jour qui est adopté à l'unanimité, chargeant le Bureau de poursuivre la réalisation de ces réformes auprès des pouvoirs publics.

M. Godon fournit quelques explications sur la prochaine session de la F. D. I. qui se tiendra à Hanovre au mois d'août 1905 et à laquelle il assistera avec M. Sauvez en qualité de délégué et avec les membres qui voudront bien se joindre à eux.

M. Hugot présente un rapport fort intéressant sur « l'Hygiène dentaire en France », demandant la création de services d'inspection dentaire dans les écoles, l'armée et la marine. Les conclusions de ce rapport sont également adoptées à l'unanimité.

Mais un certain nombre des questions venant ensuite à l'ordre du jour durent être ajournées en raison de l'heure avancée.

Enfin, après le vote de diverses résolutions, la séance s'est terminée à 6 heures par l'élection du bureau, qui est ainsi composé pour 1905 :

Président d'honneur : M. Godon, de Paris.

Président : M. Sauvez, de Paris.

Vice-présidents : MM. Pont, de Lyon, et Viau, de Paris.

Secrétaire général : M. Blatter, de Paris.

Trésorier : M. Delair, de Paris.

Secrétaire adjoint : M. Brodhurst, de Montluçon.

Membres : MM. les présidents des sociétés adhérentes.

Les travaux clôturés, les membres de la Fédération assistaient à une représentation théâtrale à laquelle le Bureau les avait conviés.

Cette session de la Fédération dentaire nationale, si bien remplie, a eu l'avantage de mettre en contact intime entre elles les sociétés provinciales adhérentes ; elle a permis aux délégués d'échanger leurs idées, de faire l'accord sur divers points, de dissiper certains malentendus et de rendre ainsi l'union plus étroite ; elle a fait comprendre une fois de plus l'utilité de se grouper pour pouvoir parler avec plus d'autorité aux pouvoirs publics et avoir plus de chance d'en être écouté. Puissions-nous bientôt saluer le jour où la Fédération réunira toutes les sociétés dentaires françaises en un faisceau compacte, réalisant ainsi la véritable *Fraternité dentaire nationale*, préconisée par son président, M. Sauvez.

BLATTER.

SÉANCE DE DÉMONSTRATIONS PRATIQUES DU
30 AVRIL 1905

A l'occasion de la réunion de la F. D. N., la Société d'Odontologie, comme nous l'avons dit plus haut, avait organisé une séance de démonstrations pratiques.

Cette séance a eu lieu à l'Ecole dentaire de Paris, elle comprenait un nombre très important de démonstrations et de présentations, qui ont toutes été l'objet d'une grande attention de la part des nombreux assistants. D'ailleurs il avait été pris par les organisateurs des dispositions excellentes pour en faciliter la vue : répartis dans différentes salles, placés sur des estrades entourés de balustrades, les opérateurs avaient tous leurs mouvements parfaitement libres, tandis que les spectateurs pouvaient les suivre sans être gênés eux-mêmes.

Nous ne pouvons, faute de place, nous étendre comme il conviendrait sur chacune de ces démonstrations ; néanmoins le peu que nous en disons dans ce compte rendu sommaire suffira, pensons-nous, à donner une idée de l'intérêt que présentait cette séance si bien réussie.

I. — DÉMONSTRATION DU DÉCOLLETAGE DES RACINES EN VUE DE LEUR FRETTEAGE, C'EST-A-DIRE DE L'APPLICATION D'UNE BAGUE A LEUR COLLET AU MOYEN DE L'APPAREIL DIT « FRETTEUR », PAR M. TOUVET-FANTON.

L'auteur indique le manuel opératoire, en insistant sur la nécessité d'*immobiliser* absolument l'*axe* de l'appareil, qui doit demeurer fixe pendant que tout le reste de l'appareil tourne autour de lui en entraînant le burin. Cet axe doit être maintenu inférieurement par ses extrémités, par la pointe d'ancrage orientée convenablement dans la racine, et du côté supérieur, par le bouton molleté appuyé dans la main contre la base des doigts (index et médius) à la façon d'un porte-fraise à main.

Il montre qu'avec l'habitude il est même possible d'arriver à suivre en les décolletant des contours d'une forme irrégulière quelconque, bien que cela soit inutile en pratique.

Ces démonstrations sont faites sur des dents sèches et sur l'appareil fantôme, donc dans le plâtre, ce qui exagère à dessein les difficultés d'exécution.

II. — PIVOTS ARTICULÉS AUTOMATIQUEMENT DIRIGEABLES, POUR COURRONES DE PORCELAINE INDÉPENDANTES ET AUTRES TRAVAUX DE RECONSTITUTION, PAR M. TOUVET-FANTON.

Comme suite à la variante précédemment présentée sur les pivots à rotule sous forme de pivots tout en platine sans soudure destinés à

la céramique, l'auteur en présente cette fois une application toute différente qui en fait une création nouvelle.

Il s'agit d'un pivot articulé dont les deux extrémités supérieure et inférieure sont réunies au moyen de deux rotules superposées. Il est destiné à relier une couronne à une racine (couronne Davis par exemple) quel que soit le manque de correspondance dans leur direction du tube de la couronne avec le canal de la racine.

Le pivot tout d'abord introduit dans la couronne, il suffit de presser celle-ci en position vers la racine pour faire prendre au pivot la direction nécessaire.

Les rotules étant à frottement et soudurées, il ne reste qu'à le retirer dans la forme qu'il conserve et à le chauffer, après l'avoir trempé dans une solution boratée pour que les rotules restent soudées ; il forme un pivot rigide et puissant, exactement adapté.

Il peut trouver son application dans tous les cas où il est besoin d'une tige de rétention plus ou moins oblique à volonté.

Notons l'usage d'une pince à rotules destinée à sertir celles-ci pour exagérer leur frottement selon le besoin, et aussi l'emploi de fine toile métallique de platine pour relier une couronne à la racine, servant à la fois de coiffage pour celle-ci, et pour celle-là de base solide en « armant » la mince couche de ciment interposée.

III. — OBTURATIONS EN PORCELAINE, PAR M. PLATSCHICK.

M. Platschick donne quelques explications sur son nouveau procédé de rétention des inlays. L'auteur de ce perfectionnement pratique dans le bloc de porcelaine des rainures rétentives, de formes diverses, par l'application, au fond de la matrice de platine ou d'or platiné, d'un anneau fait avec un fil d'or ou un demi-jonc à 24 carats. Cet anneau doit épouser, dans son ensemble, le pourtour de la cavité. Il soude l'anneau à la matrice avec de l'or cohésif. Afin d'éviter toute déformation possible de l'empreinte, M. Platschick recommande de remettre la dent en place, matrice et anneau, et de brunir très soigneusement la matrice contre les bords de la cavité. Le manuel opératoire du travail, à partir de ce moment, est le même que celui employé pour un émail simple. Il garnit le fond de l'empreinte de pâte et comble le reste par une série de couches successives. Une fois la cuisson achevée, M. Platschick retire l'empreinte du bloc et plonge ce dernier dans de l'eau régale, qu'on chauffe légèrement ; 5 à 10 minutes suffisent pour faire disparaître l'anneau d'or pris dans le bloc. Ainsi l'auteur obtient des inlays ayant à leur face profonde une mortaise circulaire, correspondant à l'emplacement occupé par le fil d'or ou le demi-jonc. La démonstration pratique faite par l'inventeur de ce procédé prouve d'une façon évidente le bien-fondé de cette heureuse trouvaille ; elle nous assure la ré-

tention certaine des obturations de porcelaine. Nous renvoyons pour plus de clarté nos lecteurs à la communication faite par M. Platschick à la Société d'Odontologie du 29 avril, communication qui paraîtra *in extenso* dans un prochain numéro de notre organe professionnel.

IV. — PRÉSENTATIONS DIVERSES, PAR M. DELAIR.

M. Delair présente un malade porteur d'un appareil de contention pour fracture du maxillaire supérieur. Cet appareil comprend : 1^o un casque en aluminium, emboitant la convexité crânienne ; 2^o une armature extra-buccale, prenant point d'appui sur le front et sur l'os malaire ; 3^o une demi-gouttière intra-buccale, coiffant les molaires et leurs procès alvéolaires. Les différentes pièces de cet appareil sont reliées entre elles par des tiges d'aluminium, elles peuvent être appliquées avec force, grâce à des écrous de réglage. M. Delair a confectionné une plaque en aluminium recouvrant la totalité de la voûte palatine, ainsi que toutes les dents supérieures. L'appareil de contention s'applique par-dessus cette vaste plaque-base. Malgré la difficulté du cas, M. Delair fait observer la parfaite consolidation de la fracture verticale du maxillaire supérieur droit, résultat très remarqué à la Société de chirurgie de Paris.

Le distingué professeur de prothèse restauratrice de l'Ecole dentaire de Paris termine par la présentation d'un jeune homme atteint d'une division congénitale de la voûte et du voile. Plusieurs interventions chirurgicales ont été tentées sans succès. M. Delair a construit un appareil avec plaque-base en or, muni d'un voile à clapet. Le résultat a été des plus heureux. Le jeune infirme peut s'alimenter et s'exprimer avec la plus grande facilité. La présentation de ces deux cas a vivement intéressé l'assistance.

V. — DÉMONSTRATION D'UNE AURIFICATION BASÉE SUR LE PRINCIPE DU DR BLACK. MÉTHODE D'EXTENSION PRÉVENTIVE, PAR M. KRITCHEWSKY.

M. Kritchewsky a consigné depuis de nombreuses années des observations de patients, porteurs de dents obturées avec tous les soins possibles, par des opérateurs habiles, et, cependant ces dents présentaient à nouveau, au pourtour de la cavité et dans les sillons avoisinants, de nouvelles caries.

C'est alors qu'il pensa au procédé du Dr Black et qu'il l'appliqua avec les plus heureux résultats.

Cette méthode, très simple, consiste à ouvrir largement la cavité, à réséquer hardiment en tissu sain et à détruire systématiquement les sillons voisins.

On donne au plancher de la cavité une forme plane, en rejetant

les points de rétention, et l'on bâtit l'aurification en commençant par de gros cylindres d'or cohésif, non recuit, et en finissant par l'or cohésif légèrement chauffé.

A première vue, cette méthode d'extension préventive paraîtra quelque peu exagérée. D'après M. Kritchewsky, la méthode du Dr Black est la seule qui ait véritablement donné des résultats durables.

M. Kritchewsky procède à la préparation d'une cavité trituro-mésiale de prémolaire supérieure gauche en suivant à la lettre la technique du Dr Black. Il résèque le tissu au-dessus de la gencive et il détruit complètement le sillon intercuspidien ; une fois la cavité préparée, M. Kritchewsky construit une aurification en employant la méthode mixte, or mou et or cohésif.

VI. — EMPLOI DE L'OXYGÈNE POUR LE TRAITEMENT DES ABCÈS ET DES FISTULES D'ORIGINE DENTAIRE, PAR M. KRITCHEWSKY.

M. Kritchewsky présente un appareil très ingénieux permettant la pénétration de l'oxygène dans les canaux radiculaires. L'oxygène est en effet un excellent antiseptique ; non seulement il tue les anaérobies, mais surtout il augmente la résistance des tissus malades, il stimule l'activité des éléments chargés de la défense de l'organisme. Son emploi en odontothérapie rendra les plus signalés services.

VII. — SOUDURE AUTOGÈNE, PAR M. KRITCHEWSKY.

Au moyen du chalumeau oxhydrique, M. Kritchewsky soude le fer, le cuivre, l'aluminium, l'or, le platine sans aucune soudure, etc. A l'aide de ce chalumeau, on obtient des températures extrêmement élevées, permettant de fondre le platine en quelques minutes. Le procédé n'est pas absolument nouveau, mais ce chalumeau perfectionné est appelé à rendre de grands services en art dentaire.

VIII. — APPAREIL POUR L'ANESTHÉSIE GÉNÉRALE. MÉLANGE D'OXYGÈNE ET DE CHLOROFORME, PAR M. KRITCHEWSKY.

M. Kritchewsky présente au nom de la société « l'OXHYDRIQUE FRANÇAISE » un nouvel appareil à mélange titré, oxygène et chloroforme. Cet appareil, en usage dans les hôpitaux de Paris, a été construit par les Drs Roth, Dreger, Guglielminetti ; il sert pour l'anesthésie au chloroforme, à l'éther ou au bromure d'éthyle sous l'oxygène.

Grâce à cet appareil, on peut doser à volonté tant le débit de l'oxygène que celui de l'anesthésique, de façon à les proportionner, au début et au cours de la narcose, aux exigences et aux contingences de l'anesthésie opératoire.

Dans le cas d'alerte asphyxique au cours de la narcose, on peut

utiliser, seul et à part, le courant d'oxygène en faisant cesser l'administration au chloroforme.

IX. — DÉMONSTRATION SUR L'ANESTHÉSIE PULPAIRE, PAR
M. HUGOT.

M. Hugot fait une démonstration de son procédé d'anesthésie pulpaire dont nos lecteurs trouveront l'exposé dans le travail de M. Hugot, publié plus loin.

Il commence par anesthésier superficiellement la pulpe au moyen d'une solution de cocaïne à saturation dans l'alcool à 90°, comprise graduellement, soit avec de la gutta, soit avec du caoutchouc non vulcanisé. Puis il introduit en plein tissu pulpaire l'aiguille de la seringue et injecte lentement quelques gouttes de la solution anesthésique : cocaïne, eucaïne, alcool à 90°, oxyde d'éthyle et chloroforme anesthésique. Ainsi la pulpectomie et la radiculectomie peuvent être pratiquées sans aucune souffrance. La démonstration pratique faite par M. Hugot confirme en tous points les affirmations de notre estimé confrère.

X. — PRÉSENTATION D'UN DISPOSITIF SPÉCIAL POUR L'ADMINISTRATION DU CHLORURE D'ÉTHYLE OU DE TOUT AUTRE ANESTHÉSIQUE GÉNÉRAL, PAR M. VICHOT, DE LYON.

M. Vichot présente, au nom de M. Soulard et au sien, un nouvel appareil servant à l'administration de tous les anesthésiques généraux de courte durée, contenus dans des ampoules : chlorure d'éthyle, scemnoforme, bromure d'éthyle, etc.

Le dispositif sera décrit par les auteurs, avec figures, dans une note explicative qui paraîtra sous peu dans ce journal. Cet appareil offre de grands avantages. Tous les anesthésiques peuvent se donner, sans aucune perte, à dose fixe et précise. MM. Vichot et Soulard prétendent obtenir une anesthésie plus longue qu'avec une quantité égale d'anesthésique employée dans un autre masque. Cet appareil réduit ainsi la quantité de l'anesthésique à son minimum par suite d'une concentration plus grande. M. Vichot procède à la démonstration pratique. La substance employée est le chlorure d'éthyle Bengué, ampoules de 3 c. c. Le patient, un de nos confrères, s'endort d'un profond sommeil, sans période d'excitation. Au cours de la narcose, 2 minutes 30 secondes, une série d'exactions difficiles ont été pratiquées. Au réveil, notre joyeux confrère nous fait part de toutes les impressions ressenties et nous déclare n'avoir aucunement souffert.

XI. — PRÉSENTATIONS DE M. SCHWARTZ, DE NIMES.

M. Schwartz expose une remarquable collection d'anomalies den-

taires de toutes espèces : anomalies de forme, de structure, de disposition, etc. De nombreux cas pathologiques complètent cette belle collection qui représente, de la part de son auteur, un travail opiniâtre de longues années.

M. Schwartz présente également un petit modèle de pharmacie pour tablette de cabinet et un porte-ciment formé de six tubes se fermant automatiquement et reposant sur un fond carré supportant une plaque de verre pour la préparation du ciment.

Au nom du Dr Rona-Imre, de Budapest, M. Schwartz démontre l'emploi d'une nouvelle substance à empreinte désignée sous le nom de pâte de « Trilbi ».

Cette pâte doit être plongée dans de l'eau tiède durant 2 minutes environ ; on la pétrit entre les doigts préalablement mouillés, puis elle est placée dans le porte-empreinte et égalisée à la main.

La prise d'empreinte s'effectue dans l'espace de 30 secondes. M. Schwartz procède à la prise d'une empreinte qui donne un résultat parfait.

XII. — PRÉSENTATIONS DE M. MENG.

M. Meng présente une série de redressements compliqués traités uniquement par le « saut de l'articulation » à l'aide d'un plan incliné à la mâchoire supérieure. Les résultats obtenus par notre confrère sont remarquables.

XIII. — PRÉSENTATION DE BRIDGES INAMOVIBLES, PAR M. SAUVEZ.

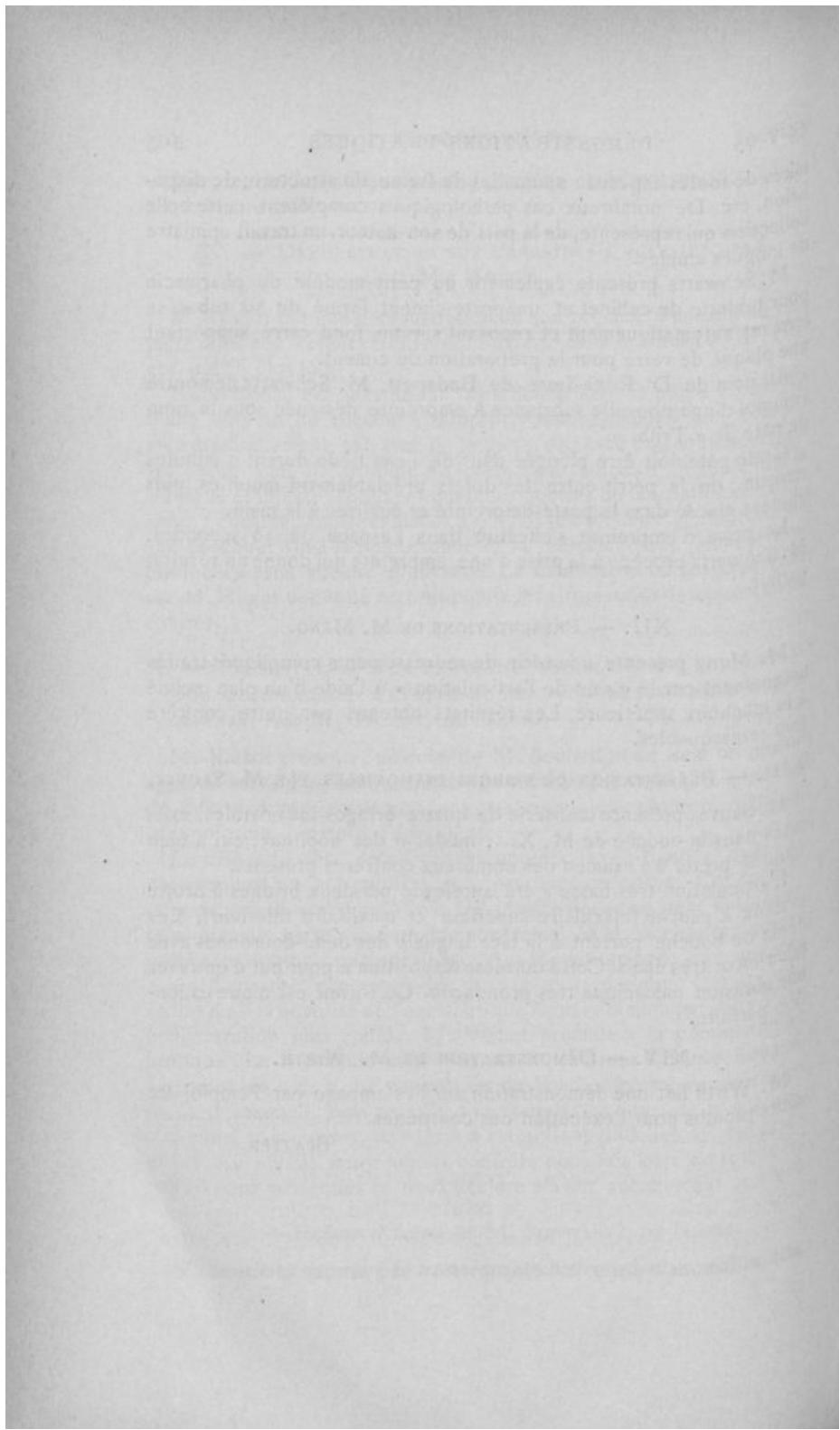
M. Sauvez présente une série de quatre bridges inamovibles, exécutés dans la bouche de M. X..., médecin des hôpitaux, qui a bien voulu se prêter à l'examen des nombreux confrères présents.

L'articulation très basse a été surélevée par deux bridges à droite et deux à gauche (maxillaire supérieur et maxillaire inférieur). Les dents de bouche portent à la face linguale des demi-couronnes avec talon en or très épais. Cette dernière disposition a pour but d'entraver une abrasion mécanique très prononcée. Ce travail est d'une exécution parfaite.

XIV. — DÉMONSTRATION DE M. WIRTH.

M. Wirth fait une démonstration sur l'estampage par l'emploi de petits plombs pour l'exécution des couronnes.

BLATTER.



Travaux Originaux

DE L'ANESTHÉSIE PULPAIRE EN DENTISTERIE

Par M. HUGOT, D. E. D. P., du Cercle des D. E. D. P.

Antérieurement au Congrès dentaire de Barcelone (août 1899), c'est-à-dire cinquante-six ans après l'admirable découverte de l'anesthésie générale par notre illustre frère américain Horace Wells, malgré les grands progrès réalisés dans l'anesthésie locale par les différents procédés et notamment par les injections de cocaïne, on n'était pas arrivé à pratiquer extemporanément l'extirpation indolore de la pulpe dentaire. Pour y parvenir, il fallait dévitaliser préalablement cet organe au moyen d'agents chimiques plus ou moins caustiques et dont l'action nécrosante, qu'il était absolument impossible de limiter, puisqu'elle variait suivant les différents sujets et même les différents cas, devait forcément avoir une répercussion sur le ligament alvéolo-dentaire.

L'acide arsénieux, aujourd'hui à peu près seul employé, tout en offrant de nombreux avantages sur les médicaments différents employés au même usage, offre encore des inconvénients, parmi lesquels il faut citer, en première ligne, la longueur de l'opération, qui peut être une gêne, surtout pour les dentistes de province, souvent appelés à soigner un troisième degré en une seule séance, et les accidents septiques quelquefois consécutifs à une dévitalisation trop lente.

On avait bien observé que l'extraction immédiate de la pulpe offrait de nombreux avantages, car après cette opération la dent conservait sa teinte et l'on évitait tous les inconvénients précités. Mais la douleur produite par cette extirpation extemporanée empêchait d'y avoir recours.

Ce n'est que dans ces dernières années que des procédés d'anesthésie pulinaire réellement efficaces furent proposés.

Je me souviens avoir vu autrefois à l'École dentaire de Paris quelques anesthésies de ce genre dues à l'emploi du chlorure d'éthyle suivant la méthode préconisée par M. d'Argent ; ce procédé n'allait certes pas sans déterminer une crise de pulpite suraiguë qui ne le cérait guère, au point de vue de la douleur, à l'extraction pulinaire sans anesthésie. Et puis il offrait, au point de vue opératoire, de nombreux inconvénients : en raison de son mode d'application, on ne pouvait l'utiliser que dans les cavités qui étaient dans l'axe voulu ; ensuite, l'anesthésie était de courte durée, de sorte qu'on ne pouvait guère enlever qu'une partie de la pulpe, ce qui obligeait à de successives réfrigérations, longues et surtout fastidieuses pour le malade, qui était soumis, pendant toute l'opération, à une tension nerveuse fort pénible.

Ceux qui expérimentèrent les différents analgésiques furent sans doute fort nombreux et nous avons la conviction qu'aucun médicament, ayant à un degré quelconque des propriétés anesthésiques, n'échappa à leurs investigations. Mais c'est surtout la cocaïne qui a été employée.

Les premiers essais furent faits avec une solution aqueuse non concentrée et sans compression. Inutile de dire que le résultat fut ce qu'il devait être, c'est-à-dire nul. En 1900, le Dr Amoëdo indiquait un procédé qu'il employait depuis treize ou quatorze ans et qui n'était autre que celui précité, à cette différence près que sa solution aqueuse phénico-cocainée était concentrée et employée par compression à l'aide du caoutchouc non vulcanisé.

Le résultat, quoique bien supérieur à celui obtenu par le chlorure d'éthyle, était loin d'être parfait. D'abord, la forte pression qu'il fallait exercer sur la pulpe pour faciliter la pénétration du liquide n'était pas précisément indolore ; en outre, cette opération était fort longue.

Ces inconvénients suggérèrent l'idée de déterminer l'anesthésie par injections intra-pulaires.

Cette méthode semble avoir été employée pour la pre-

mière fois par Bock, de Nuremberg, vers 1885. Elle a d'ailleurs fait le sujet d'un rapport par Heitmüller, au Congrès de Paris en 1900. Seitz, de Constance, en expliquait, quelque temps après, la technique en ces termes : « L'extirpation d'une pulpe dentaire, encore vivante, qu'elle soit saine ou enflammée, constitue pour le malade une des opérations les plus douloureuses que l'on puisse imaginer. On a donc cherché, en cautérisant à l'avance la pulpe, à en permettre l'extraction sans douleur, mais ce procédé n'était pas possible dans tous les cas, notamment lorsqu'il s'agissait de dents cassées où le dépôt d'arsenic ne pouvait être maintenu. Le tissu pulpaire n'était généralement pas complètement mortifié ; les restes des racines, par suite du manque de profondeur dans l'action de l'arsenic, avaient encore conservé non seulement leur vitalité, mais aussi leur sensibilité. L'extraction d'une pulpe cautérisée était presque aussi douloureuse que l'extraction d'une pulpe saine. C'est donc avec joie que pendant le Congrès international de Paris, en 1900, nous avons vu Heitmüller nous rappeler un procédé que notre collègue Bock, de Nuremberg, avait recommandé en 1885 et que nous pouvons également recommander après deux années d'expérience personnelle. Si la pulpe n'est pas cautérisée, on essaie d'abord, par une application de cinq minutes d'une solution de cocaïne à 20 o/o, de produire une anesthésie superficielle, ce qui naturellement n'a pas lieu d'être fait pour les pulpes cautérisées. On prend alors une seringue hypodermique fermant bien et munie d'une aiguille fine et flexible à courte pointe. On l'enfonce avec précaution dans la partie de la pulpe mortifiée ou anesthésiée et l'on fait une injection de quelques gouttes d'une solution de cocaïne à 2 o/o. La pression doit être assez faible, sans quoi l'on refoule d'une façon trop violente la partie encore sensible de la pulpe, et l'on provoque des douleurs. On fait pénétrer au fur et à mesure l'aiguille de plus en plus profondément, ce qui permet d'infiltrer complètement le tissu de la pulpe avec l'anesthésie et de l'extraire sans douleur.

» Ce procédé se recommande notamment pour les polypes
» pulaires, pour la préparation des dents à pivot et pour
» les malades de passage qu'il faut traiter en une séance.

» Au lieu de cocaïne on peut évidemment employer un
» autre anesthésique tel que l'acoïne, la tropacocaïne, l'e-
» caïne, etc... Il faut naturellement veiller à ce que les solu-
» tions soient stérilisées afin d'éviter la périostite.

» Pour permettre de mettre la pulpe à nu sans douleur,
» Heitmüller recommande l'injection sous-gingivale d'une
» solution anesthésique dans la région de la pointe de la
» racine et des deux côtés de la dent. C'est donc le même
» procédé que celui de Thiesing pour l'ablation de la den-
» tine sensible. De cette façon, on peut le plus souvent
» creuser sans grande douleur la chambre pulpaire des
» incisives, des canines, des prémolaires et même des mo-
» laires du haut. Pour les dents du bas et même les molaires
» du haut, le procédé de Heitmüller ne donne pas de résul-
» tats bien satisfaisants. »

Dans les procédés que nous venons d'énumérer, on n'emploie que les solutions aqueuses concentrées de cocaïne.

C'est, semble-t-il, Losada, de Madrid, qui eut le premier l'idée d'employer, pour obtenir l'anesthésie pulpaire, la cocaïne en solution dans l'alcool concurremment avec la compression. Il fit une démonstration de l'alcool cocaïné au Congrès de Barcelone, en 1899. Sa méthode consiste dans l'emploi, par compression progressive au moyen de caoutchouc non vulcanisé, de boulettes de coton imbibées d'une dissolution à saturation de chlorhydrate de cocaïne dans l'alcool à 90°.

La durée de l'opération est de 10 à 15 minutes environ.

Vers 1901, voulant également apporter, si possible, ma petite contribution au perfectionnement de ces procédés d'anesthésie pulpaire, je me mis à faire des essais. Je commençais par anesthésier superficiellement au chlorure d'éthyle, je perforais ensuite la chambre pulpaire afin d'y introduire une aiguille de Pravaz et j'injectais alors quelques gouttes d'une solution alcoolique concentrée de chlo-

rhydrate de cocaïne. Lorsque ces phases étaient terminées, j'étais pour ainsi dire au bout de mes peines, mon malade tout au moins était arrivé au bout des siennes, car ce qui restait à faire était complètement indolore. J'employai ce procédé pendant un an environ, mais je dus le modifier, à cause de la sensation initiale fort désagréable produite par le chlorure.

Je recours alors, pour déterminer l'anesthésie superficielle nécessaire à assurer la perforation sans douleur, à la solution alcoolique de chlorhydrate de cocaïne d'après un procédé que mon ami Georges Gross, de regrettée mémoire, m'avait enseigné et qui était celui, ou à peu de chose près, de notre collègue Losada. Le résultat, quoique meilleur, ne me donna pas toute satisfaction ; c'est ce qui me fit expérimenter, vers la fin de 1903, la solution que j'emploie actuellement.

Cette solution, que j'ai dénommée « solution d'eucocaïne », est composée comme suit :

Chlorhydrate de cocaïne.....	o gr. 30
Chlorhydrate d'eucocaïne.....	o gr. 30
Alcool à 90°.....	1 gr.
Oxyde d'éthyle.....	1 gr.
Chloroforme anesthésique.....	1 gr.

Elle me permet d'obtenir une anesthésie excellente dans la *plupart des cas*. Je dis dans la *plupart* des cas et non dans *tous* les cas, car il faut tenir compte du degré de sensibilité nerveuse du sujet. Chez certains hyperesthésiques l'obtention de l'anesthésie est en raison inverse de la quantité d'analgésique injectée, l'excitation nerveuse due à l'alcaloïde étant ainsi portée à son paroxysme. Il faut également tenir compte du degré d'intensité de la congestion pulpaire : l'apport d'un liquide quelconque, même en petite quantité, exerce forcément, sur les filets nerveux déjà comprimés par la congestion de l'organe, une douleur plus aiguë. Si ce liquide est anesthésique, il aura vite raison de la douleur; toutefois le patient aura peut-être ressenti, durant quelques secondes, voire quelques minutes, une sensation qui

l'empêchera d'apprecier à leur juste valeur les bienfaits de l'anesthésie.

Mais si le choix de l'analgésique joue un rôle prépondérant dans l'anesthésie pulpaire, la technique contribue largement à en assurer les effets. Celle que j'emploie pour l'extraction pulpaire avec l'anesthésie comprend les temps suivants :

1^o Antisepsie mécanique de la cavité au moyen d'instruments bien tranchants afin de ne pas déterminer de douleur ;

2^o Dessiccation de la cavité au moyen d'une boulette de coton imbibée d'oxyde d'éthyle et de très peu d'air chaud ;

3^o Anesthésie superficielle au moyen d'une boulette de coton imbibée de solution d'eucaine et recouverte par un morceau de caoutchouc non vulcanisé sur lequel on exerce une pression à peine perceptible au début pour en exercer ensuite graduellement une beaucoup plus forte lorsque l'état d'analgésie le permet (cette application doit être renouvelée plusieurs fois avant la perforation) ;

4^o Perforation de la chambre pulpaire au moyen d'une petite fraise ronde, mais bien tranchante ;

5^o Introduction de l'aiguille de Pravaz qui doit être maintenue soigneusement à la place voulue pendant qu'un assistant exerce sur le piston de la seringue une pression lente et graduelle. Cette pression ne doit pas être continue et il doit y avoir un intervalle de 10 à 15 secondes entre deux efforts consécutifs, temps nécessaire à la diffusion du liquide ;

6^o Ouverture de la chambre pulpaire, préparation de la cavité coronaire ;

7^o Extirpation de la pulpe.

Ayant le désir de faire bénéficier le plus tôt possible les confrères et, partant, leurs malades des avantages qu'offre ce procédé, je n'ai pas attendu que d'autres observations fussent au point pour faire cette communication, me réservant d'y revenir en temps opportun, mais j'engage mes confrères à expérimenter ce procédé d'anesthésie pulpaire qui m'a donné les meilleurs résultats.

UN CAS DE BRIDGE DÉMONTABLE

Par M. Henri MASSON, D. D. S.,
Chef de clinique à l'École dentaire de Paris.

(Communication à la Société d'Odontologie de Paris, séance du
4 avril 1905.)

J'ai voulu vous présenter ce soir un cas de bridge démontable type et signaler à votre attention les avantages qu'offrent ces appareils amovibles sur les bridges fixes d'un emploi plus répandu.

La personne portant cet appareil avait son système dentaire presque complet : au maxillaire supérieur pas de dents absentes, tandis que, du côté droit seulement du maxillaire inférieur, les deux prémolaires avaient été extraites et que la deuxième grosse molaire était atteinte de carie pénétrante du 4^e degré avec large perte de substance. Les autres dents traitées étaient dans un état de santé satisfaisant. Un appareil de prothèse eût été évidemment d'un secours utile au patient ; mais, vu les conditions favorables d'articulation, il nous a semblé qu'un bridge était indiqué, conçu de la façon suivante : la deuxième grosse molaire, formant l'arche postérieure du pont, était coiffée d'une couronne en or, tandis que la canine, pilier antérieur, devait donner appui à une barre ou un pivot s'enfonçant dans sa racine. Les conditions mécaniques étaient dans ce cas rendues particulièrement favorables par la courte distance séparant les deux points de soutien, dominant de ce fait l'étendue du bras de levier, rendant plus faible la pression s'exerçant sur le corps de l'appareil et les points d'appui.

La deuxième grosse molaire est recouverte d'une coiffe fixe, scellée au ciment, sur laquelle vient s'emboîter et glisser à frottement doux une couronne mobile ; dans la canine dévitalisée a été scellé un tube dont l'extrémité radiculaire est fermée, tandis que l'extrémité supérieure a été

aurifiée sur son pourtour de façon à être comme encerclée d'une collerette d'or, sans récidive de carie possible (fig. 1)

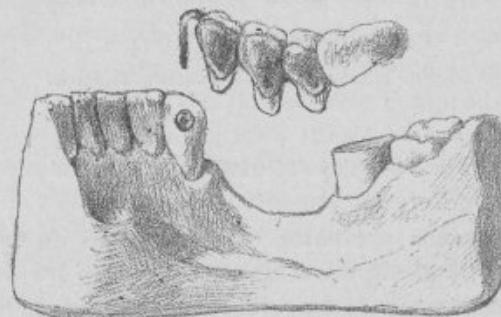


Fig. 1.

Un pivot en platine, dont l'extrémité est fendue et peut être écartée à volonté, vient pénétrer dans cette gaine. Des dents pleines en porcelaine remplissent l'espace vide et forment le corps du bridge, soudées seulement à leur face postérieure et renforcées par une barre de platine iridié partant du pivot pour aller à la couronne et passant le long des crampons des dents intermédiaires (fig. 2).

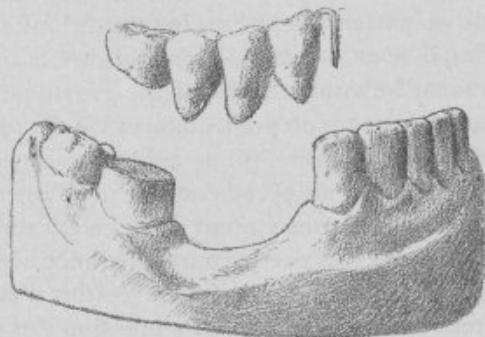


Fig. 2.

1° Le nettoyage de ce pont, comme celui de tous les ponts démontables, est facile, le porteur pouvant le remettre à volonté comme un appareil de prothèse, ce qui n'est pas possible avec les bridges fixes qui, malgré les soins de pro-

prêté les plus minutieux, offrent des points inaccessibles à la brosse, et partant qui ne sont jamais nettoyés ;

2° Le côté esthétique peut être largement développé, les dents en porcelaine pouvant être employées et étant toujours d'un aspect plus agréable à la vue que les cuspides en or qui protègent les facettes de porcelaine des bridges fixes ;

3° En cas de fracture d'une dent, la réparation devient extrêmement simple et n'exige pas les manœuvres délicates et compliquées qu'on connaît pour les bridges fixes ;

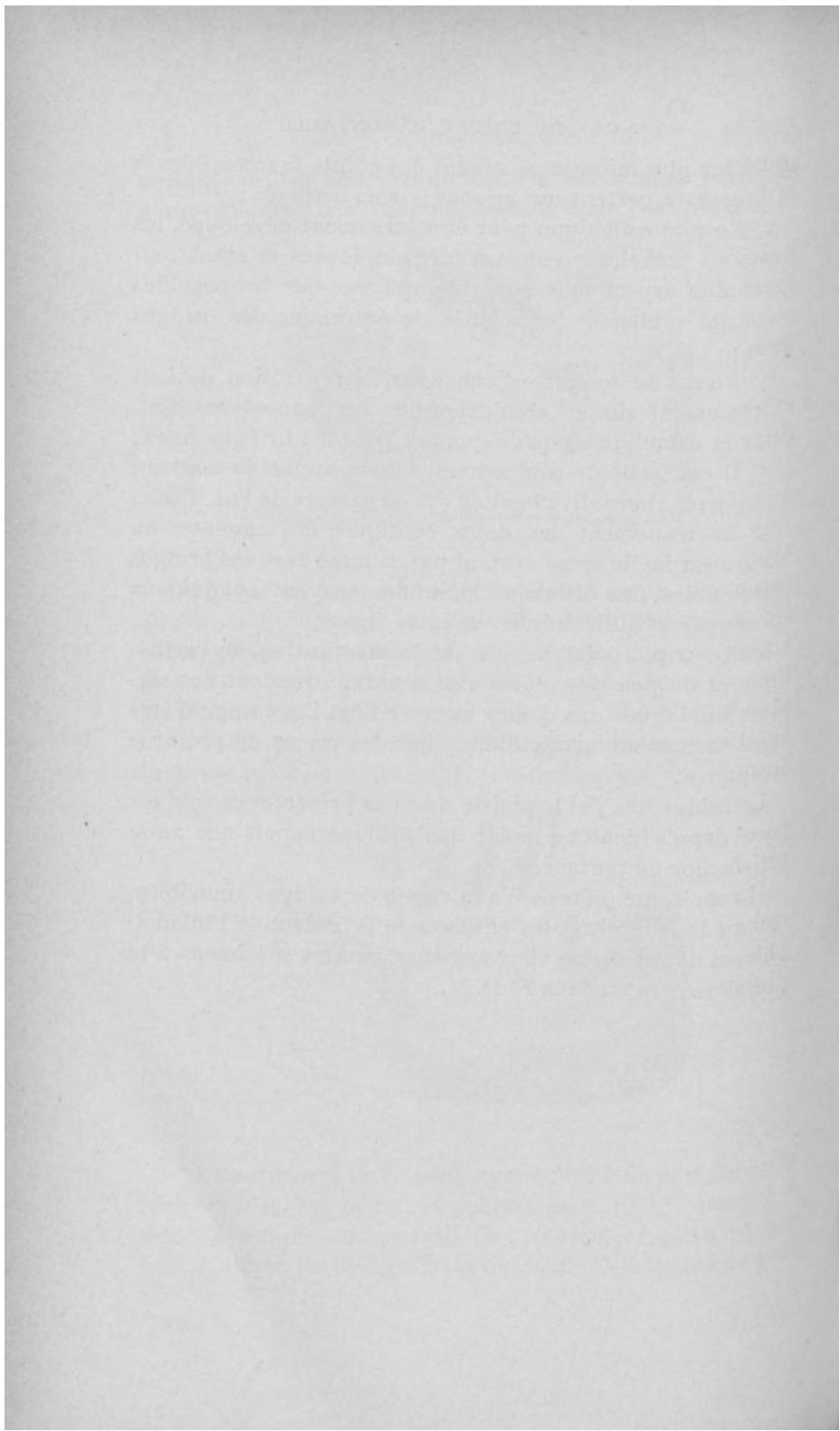
4° Il est facile de confectionner deux appareils pouvant être portés alternativement en cas de cassure de l'un d'eux ;

5° Le traitement des dents contiguës et tangentes au bridge est facile et ne devient pas, comme avec les bridges inamovibles, une difficulté opératoire souvent compliquée encore par la difficulté de placer la digue ;

6° Au triple point de vue de la mastication, de l'esthétique et du peu de volume, ces appareils rendent des services analogues aux ponts fixes ; ils ont l'avantage d'être aussi facilement manipulables que les pièces de prothèse ordinaires.

Le bridge que j'ai le plaisir de vous présenter ce soir est porté depuis bientôt 4 mois ; il n'a donné depuis que de la satisfaction au porteur.

Il représente un type d'une classe de bridges amovibles, comme les conçoit et les enseigne le Dr Peeso, de Philadelphie, et dont j'espère vous montrer d'autres spécimens à la première réunion de la F. D. N.



REVUE ANALYTIQUE

Almkvist (J.). *Prophylaxie de la stomatite mercurielle.* (*Hygica et Munch. Med. Woch.*, 7 fév. 1905.)

a) Soins dentaires préalables ; b) Lotionner les gencives avec de l'alcool ; c) Employer une pâte dentifrice au chlorate de potasse intégralement soluble dans l'eau, la suivante par exemple :

Chlorate de potasse.....	36 gr.
Benzzoate de soude.....	3 gr.
Poudre de savon blanc..	4 gr.
Biborate de soude.....	}
Glycérine.....	8 gr.
Essences aromatiques...	1 gr.

Contre la fétidité buccale. (*Bulletin gén. de Thér. et Union pharmaceutique*, janv. 1905.)

Eau de laurier-cerise... 200 gr.
Teinture de benjoin.... 100 gr.
Teinture de patchouli.. 30 gr.
Liqueur de Labarraque. 50 gr.

Une cuillerée à soupe, trois fois par jour, dans un verre d'eau en gargarisme.

Dyball. *Des parotidites consécutives aux traumatismes et aux maladies des organes abdominaux et pelviens.* (*Annals of surgery*, déc. 1904.)

Les parotidites, survenant à titre de complication d'une affection abdominale ou pelvienne, proviennent de l'action sur la glande de substances toxiques amenées par le sang : toxiques d'origine microbienne, sécrétions des organes atteints. Ces parotidites peuvent suppurer par suite d'injection surajoutée et secondaire.

Caush (Douglas, E.). *Transmission des sensations douloureuses à travers l'émail.* (*British Dental Journal*, février 1905.)

L'auteur étudie les cas dans lesquels

la douleur se transmet à la pulpe dentaire par l'intermédiaire de l'émail. En théorie l'émail est une substance absolument inorganique, par conséquent incapable d'éprouver ou de transmettre une sensation quelconque. Il arrive en pratique que l'émail est susceptible de créer des sensations douloureuses, M. Douglas E. Caush se propose de résoudre cette antinomie. Il cite des extraits de Hopewell-Smith « Histologie et patho-histologie des dents », de Swell « chirurgie dentaire », et de l'ouvrage de M. Léon Williams sur l'émail, dont la conclusion est que l'émail est une substance essentiellement inorganique, une sorte de minéral inapte à toute sensation « une matière lisse, dure, brillante et inorganique », dit M. Hopewell-Smith. M. Williams explique la formation de cette substance inorganique par une sorte de pétrification de la matière organique.

A propos des cas dans lesquels la sensation est transmise par l'intermédiaire de l'émail, M. Douglas E. Caush présente les observations qu'il a faites. Il croit que la sensibilité de l'émail est due à une minéralisation incomplète de la substance organique qui l'a formé. Il remarque en effet dans les cas pathologiques qu'il a examinés, certaines particularités. L'examen de l'émail dans ces cas particuliers révèle l'existence de « tubes » dont la structure diffère de celle de l'émail et par lesquels M. Douglas E. Caush suppose que la sensation se transmet. Il pense que l'existence de ces tubes résulte d'une minéralisation incomplète de matières qui constituent l'émail, les tubes seraient un reste de matière organique, qui suffit pour transmettre la sensation douloureuse. Comme conclusion, M. Douglas E. Caush propose

un moyen de diminuer cette sensation dans les opérations. Ce moyen qu'il a expérimenté consiste dans l'application de ouate imbibée de cocaïne.

Trotter (W.-C.). *Préparation des cavités approximales comprenant l'occlusale ou autres surfaces pour les plombages de porcelaine.* (*Dominion Dental Journal*, 1904, p. 564.)

1^o Préparation des cavités dans le cas de cavités approximales comprenant soit une surface labiale, soit une surface linguale. Murs incisaux et gingivaux doivent être à angle droit avec les autres, dans certains cas forment un angle obtus avec les murs labiaux et linguaux. Il doit y avoir un mince sillon dans le plancher de la cavité. Les coins aigus doivent être évités. Mur pulpal parallèle au grand axe de la dent et légèrement obtus par rapport au plancher de la cavité ;

2^o Cavités approximales comprenant à la fois des surfaces labiales et linguales ;

Même préparation avec élargissement de la cavité surtout par la surface linguale, le mur labial devient le plancher de la cavité ;

3^o Cavités approximales comprenant des surfaces labiales, linguales et incisales.

Avoir grand soin de laisser une petite marge d'émail afin que l'effort de la mastication ne se fasse pas sentir sur le bord incisal, dans le cas d'un plombage d'or. L'ouverture linguale doit être la plus grande. Inutile d'étendre les limites des cavités gingivales sous la ligne de la gencive pour le plombage par la porcelaine. Mur gingival plat et horizontal. Le mur pulpal doit être façonné par rapport à sa parenté avec les murs labiaux et linguaux ;

4^o Cavités approximales dans les bicuspides et les molaires comprenant la surface occlusale.

Simples à préparer. Mur gingival ou plancher de la cavité parfaitement plat et à angle droit avec l'axe de la dent. Murs linguaux et buccaux formant un angle légèrement obtus avec

le plancher de la cavité. Le mur pulpal doit être perpendiculaire ;

5^o Cavités approximales comprenant les surfaces occlusales et autres. Mur gingival plat, murs buccaux et linguaux perpendiculaires au mur gingival, et formant un angle aigu avec le mur axial.

Manning (Robert). *Quelques notes sur les empreintes.* (*Dental Surgeon*, 1905.)

On s'est demandé bien souvent quelle substance il convient d'employer pour prendre des empreintes. On a conseillé tour à tour le plâtre, la cire, la gutta-percha.

L'auteur étudie les avantages de l'emploi soit du plâtre, soit d'une composition, car ce sont les deux matières que l'on doit préférer.

On a en général le tort de prendre des empreintes au plâtre dans des cas faciles alors que la cire ou la gutta-percha suffiraient largement, et qu'il conviendrait de garder le plâtre pour des cas difficiles, par exemple lorsqu'il s'agit de dents superposées irrégulièrement.

Prendre une empreinte au plâtre ou blanc de Paris, n'est pas chose facile, mais l'opération n'est pas en somme plus difficile que celles que l'on fait généralement en dentisterie pourvu que l'opérateur soit alerte. Le point principal est de mettre le plâtre au moment voulu, et de le retirer au bon moment également. Le plâtre doit être mis dans la bouche au moment précis où il a cessé de couler librement, et doit être retiré au moment où il se fend avec une cassure nette. Il s'agit maintenant de briser l'empreinte de plâtre, le nombre de morceaux dépend en partie de l'habileté de l'opérateur et en partie de l'arrangement des dents, il y a bien également une part de chance. Les fragments sont mis soigneusement à sécher, dans un bol propre, l'opérateur doit se rappeler bien exactement la provenance de chacun des morceaux. Vient maintenant l'opération la plus difficile, pour les fragments.

Il est nécessaire de placer le plateau qui contient les fragments sur

quelque chose de plus élevé que la table ou le banc sur lequel on travaille, et à ce propos ce que je peux suggérer de mieux est un fer à repasser plat, sans poignée. La raison pour laquelle il faut que l'empreinte soit plus élevée que la table sur laquelle on opère ce travail est que la portion du palais déborde en général sur le bord du plateau et peut être brisée. On doit avoir à sa disposition de la cire blanche et un bec de Bunsen de façon à coller chaque morceau que l'on ajuste.

L'empreinte est alors peinte en rose ou autre matière colorante convenable et savonnée avant de mouler. Il est préférable de peindre à ce moment que d'avoir coloré l'eau qui devait être mélangée avec le plâtre. Pour détacher l'empreinte il est bon d'employer un canif bien aiguisé; on doit éviter soigneusement d'empêcher le canif d'aller trop avant et d'endommager la surface du modèle. Celui qui entreprend pour la première fois le travail difficile de prendre une empreinte au blanc de Paris se découragera très probablement, déclarera la chose impossible, et affirmera que « le jeu ne vaut pas la chandelle ». On ne peut nier que l'opération ne soit difficile, mais il est certain que la fin justifie les moyens.

La plâtre agit mieux lorsqu'il est mélangé à de l'eau chaude, mais non bouillante, dans laquelle on a ajouté une pincée de poudre d'alun.

Recouvrir l'empreinte de savon, ayant de mouler, semble en apparence un détail insignifiant, mais il faut qu'il soit soigneusement fait pour que les deux surfaces se séparent facilement, et pour prévenir les bulles d'air.

Le savon doit être dissous dans l'eau, appliqué au moyen d'un pinceau, puis lavé, l'opération doit être répétée trois fois, au bout de la troisième fois l'empreinte est prête pour moulage.

Il semble qu'il soit à peine nécessaire de parler longuement des empreintes prises au moyen d'une composition et cependant je juge la chose nécessaire et déclare que ceux qui ont fait vœu de ne jamais prendre une empreinte au moyen d'une composition

ne rendent pas justice à cette dernière, elle donne en effet dans la majorité des cas excellents résultats, mais certains détails doivent être scrupuleusement observés.

1^o La composition doit être amollie soit dans de l'eau très chaude, soit par l'action d'une chaleur sèche;

2^o Des porte-empreintes spéciaux doivent être employés dans les cas difficiles, car il y a grand avantage à avoir juste la quantité de composition nécessaire à l'opération;

3^o Avant d'être rempli, le porte-empreinte doit être chauffé intérieurement, de façon que la composition puisse y adhérer;

4^o La surface de la composition ne doit pas offrir de plissemens;

5^o L'opérateur place son bras gauche autour de la tête de l'opéré, et le porte empreinte est appuyé contre le palais par l'index de la main gauche jusqu'à ce que la composition soit suffisamment durcie pour permettre de la retirer, ceci, lorsqu'il s'agit de la mâchoire supérieure. Dans le cas de la mâchoire inférieure, l'opérateur doit se placer en face de l'opéré et passer le porte-empreinte fermement en bas, le maintenant dans cette position en appliquant l'index de chaque main au dos du porte-empreinte et plaçant ses deux pouces sous le menton de l'opéré;

6^o En levant l'empreinte, s'assurer du côté où elle semble le moins adhérer et la retirer dans cette direction;

7^o Dès que l'empreinte est retirée de la bouche, la placer dans de l'eau froide, ou la tenir sous un robinet d'eau froide. Il est arrivé qu'on a combiné les deux systèmes et pris une empreinte au moyen du plâtre et de la composition, qu'on a pris également une empreinte grossière avec la composition, puis qu'on a modelé la surface et rempli de plâtre, ce procédé n'est pas d'une grande utilité.

On blâme très souvent un mécanicien d'avoir fait une mauvaise plaque quand réellement la faute vient de ce qu'il a pris une mauvaise empreinte.

Si la définition que Carlisle donnait du génie est exacte, chaque dentiste

doit être un génie, c'est-à-dire qu'il doit pour réussir à avoir une faculté sans borne de se donner de la peine ». Rappelons-nous que dans le travail d'empreinte comme dans tout autre : la fin couronne l'œuvre.

Chroustchov, De l'emploi de la gutta-percha métallisée pour les obturations des dents. (*Zouboratch Vestink*, janvier 1905, p. 49.)

La gutta-percha orange préparée par la maison S. White appartient au nombre des matériaux les plus utiles pour l'obturation, soit chez les enfants pour les dents sensibles aux influences thermiques, soit pour les caries du collet. Elle est très plastique et s'introduit très bien dans les cavités les plus grandes et y reste longtemps.

La gutta-percha adhère très bien à la dent et la salive ne s'infiltra pas dans les intervalles, ce qui arrête les progrès de la carie.

Toutefois cette gutta-percha a le défaut de ne pas résister à la mastication, car sous la pression qu'elle supporte, elle se glisse entre les dents et les écarte. De plus, elle se gonfle à l'humidité, tombe sur la gencive et y cause des inflammations.

Dans la recherche de la meilleure matière pour le plombage, j'ai essayé l'étain spongieux ; le résultat du mélange de gutta-percha et de cet étain a été très satisfaisant.

Je puis donc la recommander à l'attention de mes amis.

Voici l'expérience préparatoire :

Dans un mortier contenant un bain de sable, on met ces poids égaux de gutta-percha et d'étain réduit en pouddre et tamisé.

Le mélange placé dans le mortier est pilé avec un pilon ; on pétrit jusqu'à ce que la gutta-percha prenne tout l'étain spongieux et que le mélange forme une masse gris-violette.

On prend la moitié de cette portion et l'on ajoute à celle qui reste le même poids d'étain spongieux. La première partie — plus tendre — sert à tapisser intérieurement les parois de la cavité à plomber, tandis que l'on

remplit ensuite avec le second mélange plus dur.

La supériorité de la gutta-percha métallisée est la suivante :

1^o Grande solidité, résistance au frottement ;

2^o Elle ne gonfle pas à l'humidité ;

3^o La gutta-percha métallisée s'amollit mieux et plus complètement avec une température plus faible que l'autre ;

4^o Chauffée pour être versée dans la cavité elle reste bien plus longtemps plastique, ce qui n'oblige que rarement à réchauffer au moyen de tige métallique.

Colbott, La préparation des cavités pour les obturations de porcelaine, ne comprenant pas les surfaces triturantes. (*Dominion Dental Journal*, 1904, p. 563.)

Je veux parler ici des cavités simples sur des surfaces labiales, buccales ou linguales ; ainsi que des cavités proximales.

Il est certains principes qui peuvent être appliqués à la préparation des cavités pour les plombages de porcelaine : 1^o la cavité doit être légèrement plus étroite au fond qu'à l'orifice, et ne doit pas présenter de fissures ; 2^o les cloisons de côté doivent être presque parallèles ou aussi près que possible de l'être ; 3^o la cavité doit être suffisamment profonde pour permettre un bon ancrage. Les cavités profondes offrent le meilleur ancrage. Si le plombage convient parfaitement, il faut peu de ciment, et l'union en est d'autant plus forte. La cavité doit être ainsi formée de façon que la porcelaine présente des angles droits, la cavo-surface doit être un angle droit, car c'est après la forme sphérique, la forme la meilleure que nous puissions donner à la porcelaine pour éviter qu'elle ne se brise.

Dans la classe des cavités ci-dessus décrites, il est très souvent possible de suivre la direction des sillons de l'émail en préparant de telles cavités. C'est là l'idéal — d'avoir tous les sillons de l'émail supportés par la dentine. Cependant, on a considéré comme

préférable de négliger de prendre en considération le clivage de l'émail et de consacrer toute l'attention à un plombage convenablement formé.

Une certaine profondeur est nécessaire, de façon à fournir une force suffisante pour résister à la force employée contre le plombage lorsqu'on le fixe ; et également afin de laisser place au fond du plombage pour des matières fondamentales colorées par la dentine ; ces matières empêchent le ciment d'être vu au travers, et aide à assurer un bon effet des couleurs. Si la cavité est petite et circulaire, elle est soudain élargie en un endroit convenable, semblable à un gouffre, pour servir d'ancre à la gangue pendant qu'on brûle et fournit aux couches inférieures une projection en forme de perle pour les déroger d'une façon sûre à leurs sièges.

La réunion du mur du côté et du plancher doit se faire par une courbe aisée, évitant un angle droit, et facilitant ainsi l'écoulement du ciment. Où une cavité proximale s'étend près du bord incisal, l'on juge meilleur de laisser en général le coin de l'émail sans être supporté par la dentine, comptant sur le support par le plombage cimenté comme renforcement.

Il est rare que des fractures se produisent à moins que le support ne cède. Le mur gingival ne doit pas s'étendre à la façon des racines et s'étendre sous la gencive, parce que le ciment dure davantage quand il n'est pas couvert par les tissus. Le mur gingival doit être préparé sur un plan horizontal, plat mésio-distal, et s'étendant aux murs labial et lingual.

L'union entre les murs labio-gingival et linguo-gingival doit être arrondie.

Conserver tout ce qui de l'émail lingual est fort, éviter de trop couper ; laissant à cet égard le moins possible du plombage exposé à l'usure par l'incision.

Le mur labial peut être étendu jusqu'à ce qu'on rencontre le bon émail.

Le mur pulpal est légèrement couvert de cannelure dans la rétine juste

à l'intérieur des murs labial et lingual ; cela aide à la conservation du plombage.

Quand le mur labial n'entre pas en jeu de façon à permettre le plombage de ce côté, et coupe un mince canal de la dentine juste à l'intérieur du mur de l'émail lingual pour la conservation.

Vignes (C.-V.). *Emploi du four pour souder le revêtement employé dans la fabrication des couronnes en porcelaine.* (*Pacific Dental Gazette*, octobre 1904.)

Dans la fabrication d'une couronne de porcelaine durable, la plus difficile, en même temps que la plus essentielle partie du travail, est la fixation des épingle du revêtement employé pour la pose de la monture d'une façon sûre et définitive, avant d'ajouter la porcelaine et de faire cuire.

Le système ordinairement employé pour réaliser ce point si important consiste à ajuster le revêtement de façon très exacte avec les dents voisines et avec la monture de platine, et les épingle du revêtement dans la position voulue, puis enduire de cire au bon endroit, recouvrir et puis souder ensemble les parties au moyen du chalumeau.

De cette façon, outre que l'on gaspille du temps précieux et que l'on court le risque habituel de « rater » l'opération, on augmente les chances de décolorer en chauffant pendant que le revêtement est au contact de la surface à recouvrir.

En employant le four — qu'il soit à électricité ou à gaz — pour souder ensemble les parties, l'opération est beaucoup simplifiée et devient en réalité la partie la plus facile de la construction de la couronne. Il n'est pas besoin d'investissement, on ne court pas les risques de « rater » ou de décolorer, quelques minutes seulement sont nécessaires pour faire la soudure, et le résultat final est aussi satisfaisant que celui auquel on serait arrivé par l'autre procédé, si ennuyeux, incertain et difficile.

Pour employer avec succès le four pour souder, les seuls accessoires nécessaires sont : une paire de longues pinces à souder ainsi qu'une plaque de pierre, et des supports avec ouvertures dans lesquelles on fixe la pièce de la couronne qu'on veut souder de façon à l'introduire dans le four dans la position convenable pour la soudure.

Quand on emploie le four électrique, le plus commode est l'emploi d'un morceau d'argile réfractaire de forme pyramidale avec une cavité centrale.

Avec le four à gaz, il est préférable de percer des petits trous destinés à recevoir la tige de la couronne, aux extrémités de la barre de nickel qui accompagne ordinairement le four.

Le revêtement est ajusté de façon convenable avec ses épingle à une extrémité quelconque de la tige. Il est alors maintenu d'une main en position, pendant que de l'autre main au moyen d'un instrument convenable on assujettit les épingle sur la tige avec suffisamment de force pour maintenir le revêtement sur la monture en même temps qu'on soude et travaille.

Le tout est alors éloigné de l'ouverture (ou du moule), serré dans le

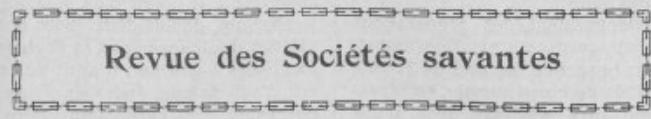
support, et placé dans le four avec une palette en tournant l'ouverture du support du côté du four.

Alors on chauffe. Quand le point de cuisson est atteint, on place une petite pépite d'or au moyen de longues pincettes à souder sur le point qui doit être soudé. La parcelle d'or adhèrera aussitôt au platine et en fondant soudera les portions ensemble.

Par cette méthode l'or pur, à l'inverse de la soudure au platine peut être impunément employé dans cette sorte d'opération. Non seulement l'or pur peut être employé pour souder les épingle du revêtement à la tige, mais il peut être employé pour souder la lame et la calotte et aussi bien pour souder la tige à la calotte.

Toutefois, dans l'emploi de l'or pur, il est nécessaire non seulement d'avoir un lingot d'or et de juxtaposer les parties entre elles, mais d'employer une chaleur telle qu'il y ait parfaite soudure des parties — qu'il y ait formation pour ainsi dire d'un alliage d'or et de platine aux points de contact.

Ceci peut être fait couramment en employant le chalumeau à gaz automatique.



Revue des Sociétés savantes

SOCIÉTÉ DES MÉDECINS ALLEMANDS DE
PRAGUE.

3 février 1905.

Suture du nerf hypoglosse. — Le professeur Wölfle présente un homme de trente-huit ans qui, le 15 juillet 1902, dans un but de suicide, avait tenté de se trancher la gorge et n'avait réussi qu'à sectionner son nerf grand hypoglosse du côté droit. Au moment où cet homme se présente à la clinique du professeur Wölfle, au commencement de décembre 1902, c'est-à-dire près de cinq mois après l'accident, ses lésions étaient déjà cicatrisées ; mais, lorsqu'on lui faisait tirer la langue, on voyait cet organe se dévier à droite ; au contraire, lorsqu'il la rentrait, la déviation se faisait à gauche. En outre, la moitié droite de la langue était notablement atrophiée et plus flasque que la moitié gauche. Il existait des troubles de la parole très accentués.

M. Wölfle pensa qu'il serait peut-être possible de rétablir, au moins en partie, les fonctions de la langue, en tentant la restauration de l'hypoglosse. Il se mit donc à la recherche des deux bouts sectionnés de ce nerf qu'il trouva enfouis dans le tissu de cicatrice, à distance assez éloignée de l'un de l'autre ; il les libéra difficilement, les amena en contact et enfin les réunit par trois points de suture.

Ce n'est qu'au bout de plusieurs mois que les résultats de l'opération commencèrent à se manifester : on vit peu à peu la langue recouvrer les mouvements perdus, en même temps que la moitié atrophiée reprenait du volume et de la consistance et que la parole redevenait de plus en plus facile. Actuellement, le malade peut tirer la langue tout droit ; ce n'est que

lorsqu'il la rentre qu'elle dévie encore un peu à gauche ; de même, l'excitabilité électrique est toujours un peu moins marquée à droite qu'à gauche : cependant il n'y a pas de réaction de dégénérescence.

Le cas dont nous venons de résumer l'observation serait le premier de suture du nerf grand hypoglosse après section accidentelle ou chirurgicale. Le professeur Wölfle déclare n'avoir trouvé dans toute la littérature médicale qu'une demi-douzaine d'observations ayant trait à des lésions de ce genre : trois fois il s'agissait de sections du nerf par instrument tranchant et trois fois de blessures par coup de feu. Dans l'un de ces derniers cas, le projectile, traversant le cou de part en part, avait sectionné les deux hypoglosses ; or, des deux côtés, les deux bouts du nerf sectionné se ressoudèrent spontanément.

SOCIÉTÉ DES MÉDECINS DE LA CHARITÉ
DE BERLIN.

12 janvier 1905.

L'« Entamoeba buccalis ». — MM. von Leyden et Löwenthal présentent des préparations d'*Entamoeba buccalis* qu'ils ont trouvé chez un malade atteint de cancer du plancher de la bouche, cancer dont le développement était tel qu'il obligeait le malade à avoir la bouche constamment ouverte ; il existait en même temps une salivation des plus abondantes.

L'examen de la salive sécrétée — examen que M. von Leyden pratique systématiquement, depuis longtemps, dans tous les cas de cancer de la bouche — lui révéla la présence, au milieu des éléments figurés habituels de la salive, de petits corpuscules se différenciant nettement, par leurs ca-

ractères morphologiques, des éléments normaux et qui ressemblaient tout à fait à des amibes.

Et effectivement, les préparations ayant été soumises à M. Lœwenthal, qui s'est beaucoup occupé de l'étude des amibes du corps humain, ce savant reconnut qu'il s'agissait bien d'une variété d'amibe, dite *Entamæba buccalis*, que Prowazek, le premier, découvert dans les détritus provenant des dents cariées.

M. Lœwenthal étudie devant la Société la morphologie et le développement de l'*Entamæba buccalis* et les caractères qui permettent de le distinguer des deux autres espèces ambienues parasites du corps humain, l'*Entamæba coli* et l'*Entamæba histolytica*. Ainsi qu'on peut s'en rendre compte sur les préparations présentées par M. Lœwenthal, l'*Entamæba buccalis* n'existe que dans les couches de détritus qui recouvrent ça et là la muqueuse buccale; il y forme de nombreuses colonies. Mais, dans la tumeur elle-même, il n'en existe pas trace, en sorte que, au moins dans le cas présent, l'*Entamæba buccalis* doit être considéré comme n'ayant aucun rôle étiologique dans la pathogénie du cancer.

CERCLE MÉDICAL DE BRUXELLES.

2 décembre 1904.

Amygdalite lacunaire ulcéruse aiguë. — *M. Hennebert* relate un cas de cette affection encore peu connue, et dont Moure, de Bor-

deaux, semble avoir été le premier à donner une description clinique complète : il s'agit d'un homme de 30 ans, qui depuis deux jours éprouvait des douleurs vives à la déglutition, localisées à gauche ; il avait de la fièvre et son haleine était très fétide ; on percevait, sous l'angle maxillaire, un engorgement ganglionnaire difus. A la face antérieure de l'amygdale gauche, en partie cachée par la partie inférieure du pilier antérieur, on voit un magma grisâtre, de la grosseur d'une noisette, et remplissant une ulcération creusée dans le tissu amygdalien. Ce magma s'enlève facilement ; les parois de l'ulcération sont saignantes ; mais ni l'amygdale, ni le pilier ne présentent trace d'inflammation. Il existe un peu de gingivite.

Après avoir nettoyé la cavité au moyen de tampons imbibés d'eau oxygénée, M. Hennebert prescrivit un gargarisme salolé et du benzonaphthol intus. Cinq jours plus tard, tous les phénomènes précédents ont disparu : en soulevant le pilier, on voit encore la perte de substance amygdalienne en partie comblée à parois propres. Au-dessus d'elle, unamas folliculaire casseux, premier stade probable du processus ulcéreux.

Il s'agit en somme d'une lésion gangrénouse locale bénigne.

M. Hennebert étudie les signes cliniques qui permettront de faire le diagnostic différentiel, avec le chancre syphilitique, l'ulcération spécifique tertiaire de l'amygdalite ulcéro-membraneuse. (*La Clinique*, 7 janv. 1905)

NOUVELLES

EXAMENS DU CERTIFICAT D'ÉTUDES.

Les examens du certificat d'études secondaires exigé des aspirants au diplôme de chirurgien-dentiste auront lieu à Paris, les mercredi 19 et jeudi 20 juillet prochain (1^{re} session de 1905).

Les inscriptions seront reçues au secrétariat de l'Académie, à la Sorbonne (5^e bureau) du 1^{er} juin au 8 juillet inclus.

Les pièces à produire sont :

1^o Une demande sur papier timbré à 0 fr. 60 indiquant la langue choisie pour la version et portant l'autorisation du père ou du tuteur si le candidat est mineur (Les signatures devront être légalisées);

2^o L'acte de naissance sur papier timbré à 1 fr. 80 légalisé.

Sur le dépôt de ces pièces un bulletin de versement des droits (50 fr.) sera remis à l'intéressé ; la quittance délivrée par le receveur des droits universitaires devra être présentée au moment de l'appel dans la salle d'examen.

GROUPEMENT PROFESSIONNEL DE L'ÉCOLE DENTAIRE DE PARIS.

Le Conseil général du groupement professionnel de l'Ecole dentaire de Paris a constitué sa *commission exécutive* de la façon suivante dans son assemblée annuelle :

Président : MM. Godon.

Vice-présidents : Lemerle.
Roy.

Secrétaire général : Baëlen.

Tresorier général : d'Argent.

Commissaires : Delair, Loup, Sauvez, Viau.

CONFÉRENCES AUX MILITAIRES.

Un de nos confrères, M. L. Joly, de Calais, qui accomplit actuellement une période d'instruction militaire, nous fait connaître que, grâce à l'intervention d'un capitaine de son régiment, il a fait une causerie aux réservistes et aux territoriaux sur l'hygiène de la bouche, et que cette causerie sera répétée prochainement aux hommes de l'active de trois compagnies du même régiment.

Nous félicitons notre confrère de son heureuse initiative.

[IDENTIFICATION PAR LES DENTS.]

Un des employés de la manufacture de chaussures de Brockton (Etats-Unis) qui avait été tué par une explosion a été identifié par ses fausses dents, son corps ayant été tellement mutilé que l'identification était impossible par d'autres moyens.

MARIAGES.

Nous apprenons le mariage de M^{me} Bertha Amillac, fille de notre confrère d'Oran, membre de l'Association générale des dentistes de France, avec M. Louis Souleyre, contrôleur des contributions directes, en même temps que le mariage de M. Albert Amillac, pharmacien, fils de notre confrère d'Oran, avec M^{me} Jeanne Guérido.

Les deux unions ont été célébrées le même jour ; aussi adressons-nous de doubles félicitations aux parents et aux jeunes époux.

DENTISTES DE LA MARINE.

L'amirauté anglaise a nommé trois dentistes respectivement dans les ports de Chatham, Portsmouth et Plymouth pour donner des soins aux marins de l'Etat.

(J. of the B. Dent. Ass., 1^{er} avril 1905.)

FÉDÉRATION DES MÉDECINS-DENTISTES D'ITALIE.

Le troisième Congrès de la Fédération des médecins-dentistes d'Italie aura lieu à Bologne du 20 au 22 mai prochain. Le Congrès comprendra deux sections dans chacune desquelles seront présentées des communications scientifiques.

(La Stomatologia, mars 1905.)

Avis.

La souscription pour le buste Lecaudey étant sur le point d'être définitivement close, nous prions tous ceux qui ont souscrit ou ont l'intention de le faire et par conséquent ne sont pas portés sur la liste de vouloir bien adresser leur réclamation à M. Ronnet, président, qui fera le nécessaire pour leur donner satisfaction.

DERNIÈRE HEURE

Au moment de mettre sous presse nous apprenons le décès de MM. le Dr Aguilhon de Sarran, de Paris, et Pombet, du Havre, membres de l'Association générale des dentistes de France.

Nous adressons aux familles des défunt l'expression de nos sincères regrets.

ADRESSES UTILES

La ligne: 20 francs par an, } dans 24 numéros.
Lignes en sus: 10 fr. la ligne. }

- A. Ash et fils (*Fourn. gén.*) 22, rue du Quatre-Septembre, PARIS. TÉLÉPHONE 294.47.

D^r Bengué (*Anestile*), 47, rue Blanche, PARIS.

A. Brémant, constructeur électricien, B^{is} S. G. D. G. 69, rue Caumartin. TÉL. 223.93.

Clin et C^e (*Produits pharmaceutiques, Adrénaline, Tubes stérilisés à tous médicaments*), 20, rue Fossés-Saint-Jacques, PARIS. TÉLÉPHONE 806.37 — 815.84.

J. Fanguet, Georges Clotte, s^r (*Impressions en t. genres*), 28, r. d'Engaïen, PARIS.

Comptoir international (*Fourn. gén.*), 15, avenue Fonsny, BRUXELLES.

Contenau et Godart fils (*Fourn. gén.*), 7, r. du Bouloï, PARIS. TÉLÉPHONE 214.53.

Cornelsen (*Fourn. gén.*), 16, rue St-Marc. TÉLÉPHONE 218.69.

A. Debraux, prof^r (*Cert. d'Et. exigé des dentistes*), 17, faub. Montmartre, PARIS.

L. Mairlot (*Fourn. gén.*), 24, place Ste-Gudule, BRUXELLES. TÉLÉPHONE 1429.

A. Mellotté, imprimeur de *L'Odontologie à CHATEAUROUX*.

P. Périé fils (*Fournitures générales*), 7, place Lafayette, TOULOUSE.

B. Platschick (*Prothèse à façon*), 3, rue Ventadour, PARIS. TÉLÉPHONE 222.82.

Reymond frères (*Fournitures générales*) { 22, rue Le Peletier, PARIS.
{ 44, place de la République, LYON.
{ 69, rue de la Croix-de-Fer, BRUXELLES.
TÉLÉPHONE 312.91. { 3, rue Petitot, GENÈVE.

L. Riasse (*Agent de la Consolidated D. M. Co.*), 97, rue Montmartre, PARIS,
TÉLÉPHONE 283.75.

Victor Simon et C^e (*Four. gén.*), 54, rue Lamartine, PARIS. TÉLÉPHONE 269.45.

Société coopér. des dent. de Fr., 45, r. de La Tour-d'Auvergne. TÉLÉPH. 223.04.

Société Française de Fournitures Dentaires. { 58 bis, Chausée-d'Antin, Paris { *Grande exposition*, au dépôt
TÉLÉPHONE 214.47. { de PARIS, de toutes les
Adr. télég. : Sociétés dent. { Nouveautés dans l'outilage de MM. les Dentistes.

V^e J. Wirth (*Manuf. dent.*), 22-24, av. Philippe-Auguste, PARIS. TÉLÉPH. 923.48.

**Instruments, Meubles et tous Articles dentaires d'occasion.
ACHAT et VENTE ~ LOUIS, 8, faub. Montmartre.**

TRAITÉ DE CHIMIE

Avec la notation atomique, par Louis SERRES, ancien élève de l'Ecole Polytechnique, professeur de chimie à l'Ecole municipale supérieure Jean-Baptiste Say. — Un volume in-8 de plus de 900 pages, avec 295 gravures sur bois intercalées dans le texte. — Prix : 10 francs. — BAUDRY et C°, éditeurs, 15, rue des Saints-Pères, Paris.

LABORATOIRE SPÉCIAL DE PROTHÈSE DENTAIRE

ROBERT BREITHAUPT

16, rue Jean-Vauré, Paris-14^e
près de la p. d'Orléans et de la gare de Montreuil
SERVICE TRÈS RAPIDE POUR PARIS ET LA PROVINCE
Travail très soigné et garanti. PRIX MODÉRÉS

X
LABORATOIRE
SPÉCIAL DE PROTHÈSE
B. PLATSCHICK
SERVICE TRÈS RAPIDE pour la PROVINCE
3
RUE
VENTADOUR
PARIS
222-82. Téléphone, 222-82.

Recommandé : Institut des Langues et des Sciences.

Certificats d'Études exigés des candidats au grade de **Chirurgien-Dentiste**

187 élèves reçus de 1897 à 1904 dont 78 en 1903 ou 1904, moyenne : reçus 99,0/100 des élèves présents
200 FR. DU 9 NOVEMBRE A JUILLET, 2 HEURES PAR JOUR
Cours 4^e partie, du Baccalauréat de 2 h. à 4 h. tous les jours : 450 fr. l'année scolaire

Directeur : A. DEBRAUX, 17, faub. Montmartre. Paris

Pension avec chambres particulières, prix modérés.

En vente à l'Ecole Dentaire de Paris :

CATALOGUE de la BIBLIOTHÈQUE

de l'École Dentaire de Paris

Par E. BONNARD, avec la collaboration de J. DE CROËS

Prix : un franc. (Port en sus 0,30)

Comptoir international

D'ARTICLES DENTAIRES

et Maison LEMORL réunis

Dépôt des meilleures marques

15, Avenue Fonsny, 15

BRUXELLES

Photomicrographie histologique et bactériologique

Par J. CHOQUET,

Chirurgien-dentiste D. E. D. P. de la Faculté de Médecine de Paris.

Préparateur à l'Ecole dentaire de Paris

200 pages, 100 gravures et 8 planches en phototypie

Charles MENDEL, éditeur 118, rue d'Assas, PARIS. Prix : 6 francs.

L'administration de L'ODONTOLOGIE,
possédant des collections presque complètes depuis la fondation du journal
(Juin 1881), peut céder à ses lecteurs les numéros dont ils ont besoin.

P. DENNINGER

47, rue des Batignolles, 47

PARIS

PROTHÈSE à FAÇON

Fournitures générales pour dentistes.

Spécialité de pièces en or et BRIDGE-WORK

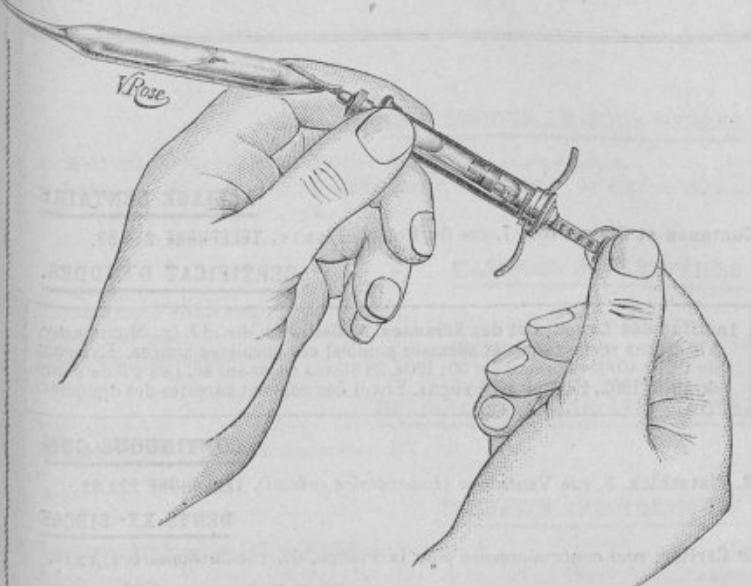
Nouvel Anesthésique local

LA STOVAÏNE-BILLON

SYNTHÈSE: *Chlorhydrate de dyméthyl-amino-benzoïl-pentanol.*

Deux fois moins toxique que la cocaïne.

— PLUS D'ACCIDENTS DE VASO-CONSTRICITION PRODUITS PAR LA COCAÏNE —



Seule, la **STOVAÏNE-BILLON** a été l'objet d'un rapport spécial fait par M. BILLON à l'Académie de Médecine, le 29 mars 1904.

Se méfier des produits vendus sous le nom de Stovaine qui n'ont rien de commun avec cette dernière.

Voir: *L'Odontologie*, 30 avril 1904, pages 377 à 390, article du Dr E. Sauvez, professeur à l'Ecole dentaire de Paris.

Les Archives de Stomatologie, avril 1904, pages 61 à 67, article du Dr R. Nogué.

La Revue de Stomatologie, avril 1904.

La Presse Médicale, 13 avril 1904, etc., etc.

En boîtes de 12 ampoules de 2 c/c Frs.	4 »
— 50 — — — —	15 »

DÉPOSITAIRES GÉNÉRAUX :

Société Française de Fournitures Dentaires

58 bis, Rue de la Chaussée-d'Antin, PARIS

Adresse Téleg. : SOCIÉDENTS-PARIS. Téléphone : 214-47

En vente dans tous les Dépôts dentaires de Paris & de Province

Dépositaire Général en Belgique, L. Mairlot, 24, place Sainte-Gudule. Bruxelles. 5

RENSEIGNEMENTS UTILES

**La ligne: 20 francs par an, } dans 24 numéros.
Lignes en sus: 10 fr. la ligne }**

ALLIAGE DENTAIRE

Contenau et Godart fils, 7, rue du Bouloï, PARIS, TÉLÉPHONE 214.53.

CERTIFICAT D'ÉTUDES.

Institut des Langues et des Sciences. A. Debraux, dir., 17, fg. Montmartre.
170 élèves reçus (noms et adresses publiés) ces dernières années. Examens
de 1903: 40 élèves reçus sur 50; 1904, 38 élèves reçus sur 46. Les 4/5 du cours
de 1901, 1902, 1903 et 1904 reçus. Envoi des noms et adresses des diplômés.

CONTINUOUS GUM

B. Platschick, 3, rue Ventadour (*Laboratoire spécial*). TÉLÉPHONE 222.82.

DENTS XX^e SIÈCLE

D^r Carlier, seul concessionnaire pour la France, 61, rue de Flandre, PARIS.

FOURNITURES GÉNÉRALES.

Comptoir international, 15, avenue Fonsny, BRUXELLES.

Contenau et Godart fils, 7, rue du Bouloï, PARIS. TÉLÉPHONE 214.53.

Cornelsen, 16, rue Saint-Marc, TÉLÉPHONE 218.69.

Colin Logan fils, 113, rue Réaumur, près la Bourse, PARIS. TÉLÉPHONE 288.79.

H. Ningler et Lemesle, 12, rue des Immeubles industriels.

Reymond frères	22, rue Le Peletier, PARIS. TÉLÉPHONE 312.91. 44, place de la République, LYON. 69, rue de la Croix de fer, BRUXELLES. 3, rue Petitot, GENÈVE.
----------------	---

Victor Simon et C^{ie}, 54, rue Lamartine, PARIS. TÉLÉPHONE 269.45.

Société coopérative des dentistes de France, 45, rue de La Tour-d'Auvergne.
TÉLÉPHONE 223.04.

Société Française de Fournitures Dentaires.	58 bis, Chaussée-d'Antin, Paris <i>Grande exposition, au dépôt</i> TÉLÉPHONE 214.47. <i>de PARIS, de toutes les</i> Adr. télég. : SociéDents. <i>Nouveautés dans l'outil- lager de MM. les Dentistes.</i>
---	---

V^e J. Wirth, 22-24, avenue Philippe-Auguste, PARIS. TÉLÉPHONE 923.48.

RENSEIGNEMENTS UTILES

La ligne: 20 francs par an, }
Lignes en sus: 10 fr. la ligne } dans 24 numéros.

IMPRESSIONS EN TOUS GENRES.

A. Mellottée, imprimeur de *L'Odontologie*, à CHATEAUROUX.
 J. Fanguet, Georges Clotte, successeur, fournisseur de l'*Ecole Dentaire*,
 28, rue d'Enghien, à PARIS.

MATIÈRES OBTURATRICES.

<i>Amalgame Fellowship.</i> <i>L'Or Universel.</i> <i>Ciment Fellowslip.</i>	} Société Française de Fournitures Dentaires. TÉLÉPHONE 214-47.
--	--

OPALINE, MEUBLES ASEPTIQUES.

L. Deglain, 88 et 92, quai Jemmapes, PARIS.

PRODUITS ANESTHÉSIQUES.

<i>Anestile.</i> Dr Bengué, 47, rue Blanche, PARIS. <i>Anesthésique Wilson.</i> Central chemical Co ^o , 34, rue de l'Échiquier, PARIS. <i>Hypnoforme</i> (chlorure d'Ethyle spécial). } Chevretin et Lematte, 24, rue Cau- <i>Chloroforme</i> , chimiquement pur. } martin. TÉLÉPHONE 245.56. <i>Anesthésique local du Dr R. B. Waite.</i> <i>Somnoforme.</i> <i>Stovaine Billon.</i>	} Société Française de Fournitures Dentaires. TÉLÉPHONE 214.47.
--	--

PRODUITS PHARMACEUTIQUES

<i>Adrénaline Clin. Clin et Cie</i> , 20, rue des Fossés-Saint-Jacques, PARIS. <i>Ampoules MOREAU pour l'Art dentaire</i> (<i>cocaine, tropacocaine, etc.</i>). <i>Ampoules MOREAU à la Stovaine</i> 1 et 2 cc ^o — 2 fr. et 2 fr. 50. Paris, 5, Rond- Point de Longchamp, 45, rue de La Tour-d'Auvergne, Société coopérative. <i>Formyl-Géranium.</i> <i>Xyléna.</i> Liquide antiseptique.	} Société Française de Fournitures Dentaires. TÉLÉPHONE 214-47.
--	--

PROTHÈSE A FAÇON.

Lalement et Goutif, 5, rue de Laborde (Travaux artistiques). TÉLÉPHONE 550.73.
Pauchet, 23, rue Lemercier, Paris. *Travaux soignés, prix modérés.*
B. Platschick, 3, rue Ventadour (*Laboratoire spécial*). TÉLÉPHONE 222.82.

MAISON
 fondée en 1893 * * *
TIMBRES-POSTE
 pour **COLLECTIONS**
VENTE - ACHAT - ÉCHANGE
Émile MATTHEY, 73, rue Truffaut, PARIS (XVII^e)
 Membre de la Société Française de Timbrologie, de l'Association Philatélique des Membres
 du Touring-Club, de la Société Philatélique de Dresden, etc., etc.
Envois à choix composés de bons et beaux timbres de tous pays
 Exécution parfaite de toute MANCO-LISTE
 Spécialité de Timbres de FRANCE et COLONIES FRANÇAISES
 N. B. — Une remise étant accordée à tous les lecteurs de *L'Odontologie*, prière en cas
 de transaction de vouloir bien citer ce journal.

En vente à l'École Dentaire de Paris
CATALOGUE DE LA BIBLIOTHÈQUE
 DE L'ÉCOLE DENTAIRE DE PARIS
 PAR
 M. E. BONNARD, avec la collaboration de M. J. DE CROËS
 Prix : un franc.

**COMPTES RENDUS DU 3^e CONGRÈS DENTAIRE
INTERNATIONAL**

Cette publication a pris une **importance au delà de toute prévision**; aussi a-t-il été nécessaire de faire un 4^e VOLUME, qui est consacré à la fin des assemblées de sections, aux démonstrations pratiques et aux fêtes; il vient d'être envoyé à tous les souscripteurs.

Les COMITÉS NATIONAUX sont invités à faire connaître IMMÉDIATEMENT au secrétariat général le nombre d'exemplaires pour lequel ils souscrivent au nom des sociétés, écoles, journaux professionnels, bibliothèques et groupements dentaires de leur pays, au prix de 48 FRANCS POUR LA SÉRIE DES QUATRE VOLUMES (*port en sus*).

Les souscriptions volontaires des sociétés, des écoles ou des individualités sont reçues chez M. Viau, trésorier, 47, boulevard Haussmann, Paris.

L'ODONTOLOGIE

L'Odontologie est une TRIBUNE LIBRE, où toutes les opinions peuvent se produire; les signataires gardent l'entièbre responsabilité de leurs appréciations.

Travaux Originaux

SUR LA MALADIE DITE DU CAOUTCHOUC

Par MAURICE ROY,

A la dernière séance de la F. D. N., M. Schwartz, de Nîmes, mit la Fédération au courant des accusations portées contre les appareils de prothèse dentaire en caoutchouc coloré dans une brochure parue récemment¹ dont l'auteur avait fait une communication sur le même sujet à la Société de médecine publique et de génie sanitaire. En outre, M. Schwartz signala le fait que ces accusations contre le caoutchouc des appareils de prothèse dentaire avaient été portées à la connaissance du public par certains organes de la presse politique.

Retenant les critiques anciennes contre le vermillon (sulfure de mercure) qui est employé pour la coloration du caoutchouc dentaire dans lequel il entre pour une forte proportion (30 %), M. Eilertsen, auteur de ce travail, prétend que, sous l'influence des fermentations microbiennes de la bouche, la vulcanite peut être attaquée et le vermillon, sel insoluble de mercure, se trouver transformé en sel soluble, albuminate de mercure. Cette transformation se ferait dans des proportions extrêmement faibles, mais suffisantes pour déterminer des accidents, particulièrement chez les personnes peu soigneuses de leur bouche chez lesquelles les fermentations buccales sont plus grandes.

Ces accidents seraient surtout caractérisés par une hyperémie très

¹. J. Eilertsen, *Hygiène comparée des substances plastiques employées comme bases en prothèse dentaire*. Paris, 1905.

marquée de la muqueuse recouverte par le caoutchouc, et un aspect spongieux de cette muqueuse. S'appuyant sur ces faits, l'auteur préconise la substitution du celluloid au caoutchouc.

Ces critiques ne sont, en somme, que la reproduction de celles qui ont été déjà faites maintes fois depuis l'emploi du caoutchouc pour la fabrication des appareils de prothèse dentaire et qui ont été déjà rédigées à néant, lors des discussions qui ont eu lieu précédemment sur le même sujet.

M. Schwartz, de Nîmes, justement ému de voir ces critiques portées à la connaissance du public et pensant qu'elles pouvaient être une cause de trouble pour les nombreux porteurs d'appareils en vulcanite et d'ennuis pour les dentistes, qu'on pourrait accuser ainsi de méfaits dont ils sont absolument innocents, a adressé au journal *Le Petit Marseillais*, en sa qualité de président du Syndicat et de l'Association générale des dentistes du Sud-Est, une lettre que l'on trouvera plus loin pour protester contre les accusations dont ce journal, entre autres, s'était fait l'écho.

Nous félicitons M. Schwartz de son initiative qui évitera de laisser s'accréditer dans le public des idées aussi peu fondées que celles reprises par M. Eilertsen.

Il résulte en effet de l'expérience de l'immense majorité des praticiens que ces critiques sont absolument dénuées de preuves probantes. C'est ce que montre M. B. Platschick, dans un très intéressant article¹ où il étudie la question tout particulièrement au point de vue de la toxicité possible du vermillon (sulfure de mercure) contenu dans le caoutchouc coloré en rouge ou en rose. Il rappelle, d'après Parreidt², le rapport de Charles Tomes et les expériences d'Attifield pour démontrer, contrairement aux affirmations de Bathurst Woodman, que le caoutchouc est insoluble dans des solutions de sulfocyanure de potassium, de chlorure de sodium, d'acide chlorhydrique et que dans ces solutions à 37° il est impossible d'extraire du mercure sous aucune forme. Il en est de même dans toutes les solutions possibles de liquides physiologiques ou alimentaires.

A la suite de la discussion qui eut lieu à la Société Odontologique de la Grande-Bretagne au sujet des accusations de B. Woodman, un comité fut nommé pour examiner la question de « l'empoisonnement mercuriel par le caoutchouc coloré », ce comité ne put trouver un seul cas confirmant cette hypothèse.

M. Platschick en terminant son article donne son opinion personnelle au sujet de cette question controversée, il pense que l'altération

1. Un point controversé sur la nocivité du vermillon employé pour la coloration du caoutchouc, par M. B. Platschick, *Le Laboratoire*, n° 5, p. 438.

2. Parreidt, *Handbuch der Zahnheilkunde*.

de la muqueuse, signalée par les auteurs comme imputable au caoutchouc coloré, serait due à l'irritation produite par la surface rugueuse de l'appareil sur la face en contact avec la muqueuse palatine dans les légers mouvements de déplacement de l'appareil au cours de la mastication, il propose comme remède le polissage de cette face de l'appareil en contact avec la muqueuse palatine.

Malgré tout ce qui a déjà été écrit sur ce sujet et qui prouve irréfutablement l'absolue innocuité du vermillon employé dans la coloration des caoutchoucs, nous pensons que cette question demande à être étudiée d'une façon plus scientifique, plus critique que ne l'ont fait les différents auteurs qui se sont occupés de la question qui, tous, sont partis d'un raisonnement *a priori* nuisible à l'éclaircissement complet de cette question controversée.

En effet il faut d'abord établir un premier point, c'est que, *à quelque cause qu'elle soit due*, il existe chez certains porteurs d'appareils prothétiques une affection particulière de la muqueuse palatine caractérisée par une rougeur excessive, framboisée, de la totalité ou d'une partie de la muqueuse recouverte par l'appareil ; cette muqueuse, outre ce changement de coloration, paraît épaisse, molle, un peu spongieuse. Elle saigne assez facilement lorsqu'on la frotte, mais peu spontanément. Les malades atteints de cette affection n'accusent guère de signes subjectifs, elle est en effet le plus souvent ignorée par eux, c'est le dentiste qui la leur révèle en examinant leur bouche.

Cette affection a été dénommée *maladie du caoutchouc* par certains confrères américains qui l'attribuaient, comme l'auteur de la brochure récente dont nous avons parlé au vermillon colorant le caoutchouc dentaire rouge et rose.

En somme si des critiques comme celles-là ont été formulées, c'est que l'on observe parfois une altération particulière de la muqueuse chez certaines personnes portant des appareils prothétiques ; il convient donc de rechercher la cause de cette affection.

Mais, pour faire une étude vraiment critique de la question, il ne saurait suffire de constater la coïncidence dans la bouche d'un malade de cette modification de la muqueuse et du port d'un appareil en caoutchouc rouge pour incriminer ce dernier et dans celui-ci encore une substance déterminée. C'est là un raisonnement totalement insuffisant qui ne saurait satisfaire des esprits scientifiques pour lesquels le *post hoc, ergo propter hoc* ne saurait être la forme normale du raisonnement.

Pour justifier une semblable déduction il faudrait que cette affection se rencontrât uniquement chez les malades porteurs d'un appareil en caoutchouc rouge et chez tous les malades porteurs d'un appareil semblable et encore resterait-il à discuter l'élément qui, dans cet appareil, est cause de l'affection.

Si donc, en dehors même de toutes les raisons chimiques (et nous avons vu qu'elles sont probantes), cette maladie se rencontre chez des malades porteurs d'appareils autres que ceux en caoutchouc rouge et même que ceux en un caoutchouc quelconque, il est inutile de discuter le point accessoire de savoir quel est l'élément de l'appareil en caoutchouc qui est la cause de l'affection.

Cette modification de couleur et d'aspect de la muqueuse ne s'observe pas en effet seulement chez les malades porteurs d'appareils en caoutchouc rouge, nous l'avons observée plusieurs fois, pour notre part, chez des personnes portant des appareils entièrement confectionnés en caoutchouc vulcanisé naturel, sans adjonction d'aucune matière colorante. Il est vraisemblable que nous ne sommes pas le seul à avoir fait cette remarque.

Voilà un point qui élimine forcément l'élément principal incriminé par la plupart des auteurs, le vermillon colorant le caoutchouc. Reste cette dernière substance prise en elle-même en dehors de sa matière colorante. Mais, là encore, un argument topique intervient : en effet cette modification de la muqueuse peut s'observer sous des appareils entièrement en or ou en platine. Donc ni le vermillon contenu dans la vulcanite, ni la vulcanite elle-même ne peuvent être accusés de cette altération de la muqueuse, puisqu'elle peut se rencontrer sous des appareils sans vermillon et sans caoutchouc.

Le seul et unique fait qu'il soit donc permis de considérer comme acquis dans cette première étude par élimination, c'est que cette altération est en relation avec le port d'un appareil prothétique recouvrant la muqueuse buccale.

Ce premier point établi, passons à un autre élément de la question : l'appareil prothétique est-il seul en cause ? Incontestablement non, sans quoi cette altération, au lieu d'être l'exception, se renconterait chez tous les porteurs d'appareils, ce qui n'est pas. Donc il y a lieu de rechercher quelles sont les conditions qui, associées au port d'un appareil, peuvent amener une semblable altération.

Fixons immédiatement un nouveau jalon : jamais on ne rencontre cette modification de la muqueuse chez les porteurs d'appareils complets n'ayant plus aucune dent ni racine. C'est donc que les conditions de la muqueuse, même jointes au port d'un appareil, sont insuffisantes à elles seules à produire la dite altération ; ceci vient à l'encontre de l'hypothèse émise par M. B. Platschick.

Il faut donc, de toute nécessité, qu'un autre élément intervienne pour créer cette affection, et cet élément ce sont les dents altérées ou les racines. C'est ce que montre l'observation rigoureuse des faits.

En effet, la *maladie dite du caoutchouc* ne s'observe que dans les bouches où il reste des dents altérées et surtout des racines.

Pour notre part, dans tous les cas où nous l'avons observée il s'agissait toujours de malades ayant des racines sous-jacentes à l'appareil. Nous possédons, entre autres, l'observation absolument probante d'une malade qui, pendant plusieurs années, a présenté cette affection à la mâchoire supérieure alors qu'elle avait encore quelques racines sous son appareil à succion en caoutchouc noir naturel. Ces racines ayant été enlevées, la *maladie dite du caoutchouc* a complètement disparu d'elle-même bien que la malade n'ait pas cessé un instant de porter comme précédemment un appareil à succion en caoutchouc naturel.

Il résulte donc de ces faits qu'il faut, pour produire l'altération dénommée fort improprement la *maladie du caoutchouc*, outre le port d'un appareil prothétique, en métal ou en caoutchouc (coloré ou non), une bouche présentant des racines sous l'appareil¹.

La question étant ainsi serrée de près, il ne reste plus qu'à déterminer les conditions qui font que, certains malades porteurs d'appareils prothétiques sus-jacents à des racines présentent cette modification pathologique de la muqueuse, alors que nombre d'autres placés dans les mêmes conditions apparentes ne la présentent pas.

Ici, mais ici seulement, nous sommes obligé à l'heure actuelle de nous en tenir au domaine des hypothèses. Tout d'abord il est vraisemblable de supposer que cette altération de la muqueuse est d'origine microbienne, ainsi que l'expliquent la plaque, réceptacle d'éléments fermentescibles et les racines fournisseurs prolifères d'éléments microbien. Donc, et en cela nous serions d'accord avec M. Eilertsen, mais en cela seulement, cette altération serait d'origine microbienne. On l'observe surtout du reste, mais pas uniquement cependant, dans les bouches mal entretenues, ce qui vient à l'appui de cette hypothèse.

Quant à la détermination de la cause précise qui fait que cette altération ne s'observe pas chez tous les malades placés cependant en apparence dans des conditions absolument identiques, il est logique d'admettre que cette cause déterminante doit être un ou plusieurs micro-organismes particuliers, ce qu'il serait intéressant d'éclaircir par des cultures des produits de raclage de la muqueuse buccale d'un certain nombre de malades atteints de cette altération. Mais ces

1. Il est vraisemblablement possible de rencontrer cette affection chez des malades porteurs d'appareils en substances, autres aluminium, celluloïd ; la grande rareté d'emploi de ces matériaux et la rareté de la maladie dont il s'agit sont sans doute la seule cause pour laquelle nous n'en pouvons citer personnellement de cas. En ce qui concerne le celluloïd, préconisé par M. Eilertsen, la raison peut être en outre que, dans le but d'éviter l'altération trop rapide de cette substance, on l'emploie surtout dans les bouches dépourvues de racines, d'où suppression de la cause déterminante de l'affection.

recherches demanderaient un temps assez long par suite de la rareté somme toute assez grande de cette affection.

En résumé de l'étude que nous venons de faire il résulte que :

1^o La maladie dénommée à tort par certains auteurs *maladie du caoutchouc* n'est due ni au caoutchouc, ni aux matières qui entrent dans sa composition ou sa coloration ;

2^o Cette maladie ne s'observe chez les malades porteurs d'appareils prothétiques en matières diverses, or, platine ou caoutchouc coloré ou non) que si ces appareils recouvrent des racines ;

3^o Cette maladie, outre la double condition préalable de port d'un appareil prothétique et de présence de racines sous-jacentes à l'appareil, doit être due à des fermentations provoquées par un ou plusieurs micro-organismes ayant en la circonstance une sorte d'action spécifique ;

4^o En raison de ces faits que nous croyons avoir établi d'une façon précise, le traitement de la *maladie dite du caoutchouc* consiste dans la désinfection ou mieux l'extraction des racines sous-jacentes à l'appareil, celles-ci étant la cause déterminante de l'affection.

LE DENTISTE AMÉRICAIN¹

Par E. SAUVEZ,
Professeur à l'École dentaire de Paris.
(Suite et fin.)

Dans l'article précédent, j'ai fait remarquer toute l'importance que j'attache, peut-être à tort, à la bonne tenue générale des dentistes américains. J'ai fait remarquer aussi qu'il existe dans les écoles un enseignement pratique parfait, surtout au point de vue de la dentisterie opératoire, mais ce qui contribue beaucoup à faire travailler les élèves, c'est l'entraînement qui leur est constamment donné par leurs professeurs qui, ne faisant presque pas, pour ainsi dire, de clientèle, peuvent consacrer tout leur temps à perfectionner l'enseignement.

De plus, chaque professeur connu et en vedette forme en quelque sorte une société, qui s'appelle : la Société Kirk, la Société Brophy, etc., etc. Ces sociétés d'étudiants, présidées par une personnalité, se réunissent une fois par mois environ, de sorte que l'étudiant assiste à un certain nombre de réunions de sociétés, quelquefois une dizaine.

L'un de ces professeurs, par exemple, vient à peu près toutes les semaines s'asseoir au milieu du grand amphithéâtre une fois la journée finie et, après avoir offert un cigare à chacun des élèves, il les incite à lui demander d'expliquer les questions qu'ils n'ont pas bien comprises. Puis, il les interroge et répond ensuite à leurs questions quand il le peut, car assez souvent il leur dit : Je n'ai pas suffisamment ce point dans l'esprit pour vous donner des idées très nettes et très précises à cet égard, aussi je vous l'expliquerai dans huit jours.

Les élèves sont, de plus, assez souvent invités chez leurs professeurs le soir après le dîner ou le dimanche pour causer de dentisterie en buvant l'éternel verre d'eau glacée ou quelque tasse de thé et aucun élève ne manquerait de se rendre à ces invitations.

1. V. *L'Odontologie* du 30 avril, p. 423.

Tous les professeurs font de même, de sorte que les étudiants ont tout leur esprit tourné vers la dentisterie, passent des heures à discuter les uns avec les autres sur la préparation des cavités, sur le tassement de l'or avec la main ou avec le maillet, sur l'utilité de la loupe pour la porcelaine, etc.

Enfin, c'est là le grand point : les amusements sont rares ; l'étudiant n'est pas sollicité comme dans notre ville de Paris par l'immense quantité de théâtres, de music-halls et par les autres tentations charnelles dont il connaît le danger. La seule distraction consiste à aller voir un match de foot-ball, à aller voir jouer aux boules, au golf et à aller écouter un prêche. Il en résulte que tous ces jeunes gens sont entraînés par l'émulation constante et par leurs professeurs et ne sont pas sollicités par les plaisirs, ils concentrent donc toute leur force, toute leur activité, toute leur intelligence, toute leur volonté, uniquement sur la dentisterie.

Lorsque le dentiste américain entre dans la vie professionnelle, il est attaché à un groupement, le plus souvent celui de l'Université qui lui a donné l'enseignement, et toute sa vie il sera reconnaissant à cette Université et aux professeurs qui l'ont instruit du savoir qu'il a acquis.

Tous les ans, à une époque fixée, les anciens viennent assister à une fête de l'Université. Quelques-uns y sont venus sans manquer une fois pendant vingt ou trente années. Il en est de même dans tous les autres départements des Universités et, lorsqu'un membre arrive à une situation prépondérante, soit dans le monde politique, soit dans le monde industriel, il classe dans sa pensée l'Université à laquelle il doit ses connaissances au même rang qu'un parent auquel il doit laisser quelque chose. De là ces legs multiples comprenant quelquefois plusieurs millions qui sont faits aux jeunes Universités d'Amérique.

Le dentiste américain fait toujours partie d'une société au moins et le plus souvent d'un très grand nombre. Mais, parmi ces sociétés il en est quelques-unes que l'on appelle *Fraternités* et qui réunissent d'une façon très intime un certain nombre de membres fort honorables. Des réunions fréquentes ont lieu dans une maison ou un appartement loué par cette société et les dentistes s'y rassemblent très fréquemment.

Il résulte de toute cette vie professionnelle en commun une entente continue de tous les membres de tel groupe-ment ou de telle société. Il existe naturellement des rivalités considérables entre les Universités, mais les membres de la même école se soutiennent et se défendent les uns les autres dans toute circonstance, que le sujet qui est attaqué soit présent ou absent.

Cette entente professionnelle explique avec d'autres rai-sons comment il peut se faire que sept ou huit dentistes habitent la même maison en ayant entre eux les rapports les plus parfaits et les plus confraternels. Dès qu'un den-tiste s'est acquis une certaine réputation, il est bien rare qu'il embrasse toutes les parties de la profession. D'ail-leurs ceux qui font à la fois les extractions et les aurifica-tions n'existent pour ainsi dire pas et tout le monde va pour les extractions chez tel ou tel, pour la bonne raison que les extractions sont extrêmement rares.

Dans toutes les grandes villes il y a des spécialistes dans la profession. L'un ne s'occupe absolument que de prothèse et travaille plus particulièrement l'or ou l'émail. L'autre s'occupe plus particulièrement du travail de caoutchouc. L'un ne fait que des obturations, l'autre que des aurifications, un autre ne soigne que la pyorrhée ; celui-ci ne fait abso-lument que des bridges fixes, celui-là que des bridges mobiles.

Ils s'envoient des malades les uns aux autres et le public habitué à cela le trouve tout naturel.

Le Dr Y..., par exemple, de Saint-Louis, ne fait abso-lument que des redressements qui lui sont envoyés de tous les coins des États-Unis et qu'il fait payer parfois 8 à 10.000 francs, de sorte que ces praticiens arrivent à ga-gner des sommes considérables par année en travaillant beaucoup moins que la plupart d'entre nous.

Il faut pour alimenter un corps professionnel pareil un nombre de malades extraordinaire, mais ce nombre existe. Les Américains comptent à cette heure-ci 32.000 dentis-tes pour environ 80.000.000 d'habitants. Mais tout le monde se fait soigner les dents et ne se contente pas du budget réduit que la plupart des bourgeois consacrent chez nous au traitement de leur mâchoire. Personne n'hésite à

faire les plus grands sacrifices, convaincu qu'il faut avant tout bien manger pour vivre et que pour bien manger il faut des dents.

Toutefois, le tableau que je fais là serait imparfait si vous pensiez que tous les dentistes américains gagnent beaucoup d'argent. Un grand nombre ne sont pas très heureux. Ils sont forcés de représenter beaucoup et de se tenir comme des gentlemen, mais je suis persuadé, d'après ce que plusieurs m'ont dit, que les dentistes français font en moyenne individuellement un chiffre d'affaires supérieur aux dentistes américains et, même si ce chiffre d'affaires était le même, les Américains seraient cependant moins heureux parce que la vie est plus chère chez eux et que toutes les dépenses de luxe sont considérables.

Il est rare qu'ils aient des assistants, ce sont plutôt des associés; le plus souvent, l'assistant touche la moitié des honoraires de son travail et son patron l'autre moitié, c'est-à-dire que, si un assistant a fait dans une année 20.000 fr., soit par ses propres clients, soit par les travaux que son patron lui a donnés, il touchera 10.000 fr.

La population américaine riche préfère aller chez tel ou tel spécialiste en dentisterie, si son dentiste ordinaire est trop pressé pour faire tel ou tel travail spécial, et elle revient ensuite au dentiste ordinaire. Certains confrères américains m'ont dit soigner des familles depuis vingt ans, bien que ces familles aillent pour un bridge chez un autre praticien, pour un appareil chez un troisième, etc.

Il serait absolument impossible d'essayer d'introduire ces mœurs dans notre pays parce que nous sommes astreints à des dépenses somptuaires de salons, de domesticité, qui augmentent considérablement nos frais généraux, tandis qu'aux États-Unis le cabinet du dentiste est absolument différent de chez nous. Je ne puis mieux faire que de vous citer quelques exemples à ce sujet.

Lorsque j'arrivai à New-York, je visitai un confrère américain que je connaissais, qui habite dans une des rues les plus centrales au 4^e étage et je vis une petite porte vitrée sur laquelle était écrit le nom : D^r X... J'entrai et je me trouvai dans une petite pièce d'environ 4 mètres sur 3 mètres.

Dans cette pièce étaient trois personnes, dont deux se ba-

lançaient sur des fauteuils, deux dames et un jeune homme de 14 ou 15 ans à peine. L'une des dames avait l'éternel corsage blanc que portent les Américaines pendant l'été, était en cheveux et avait déjà défaits son chapeau qui était accroché au porte-manteau placé à côté de la porte, de façon à ne pas faire perdre de temps au dentiste. L'autre dame se coiffait le plus flegmatiquement du monde avec la brosse à cheveux et le peigne retenus au porte-manteau par une chainette.

Quant au jeune homme très bien mis qui se balançait côté à côté avec les clients, c'était l'unique domestique de la maison. Je lui remis ma carte en mâchonnant quelques mots d'anglais et je vis par la porte toujours ouverte notre frère qui était occupé à soigner une dame sur le fauteuil.

Donc, un salon et un cabinet communiquant librement par une porte toujours ouverte. Les malades repassent du cabinet dans le salon pour s'habiller, un autre malade vient s'asseoir sur le fauteuil, et c'est tout.

L'installation du cabinet d'opérations était absolument complète au point de vue des instruments : air comprimé, électricité, tour électrique, etc., mais le cabinet n'avait certainement pas plus de 2 mètres sur 3.

Comme ce frère occupe une assez grosse situation, il avait un autre cabinet annexé qui était à peu près de la même étendue que le premier. Je pensais que j'étais mal tombé, mais j'en ai visité des quantités par la suite et j'ai toujours constaté à peu près la même chose.

Lorsque j'arrivai à Saint-Louis, je me rendis chez un autre frère chez lequel je pensais voir une installation remarquable. Un salon commun et trois cabinets forment toute l'installation. Les gens qui attendent se balancent toujours sur des fauteuils et la sténo-dactylographie est installée entre le salon et les trois cabinets, de sorte qu'en entrant dans la maison on voit immédiatement les trois cabinets d'opération dont les portes sont ouvertes continuellement, avec les malades assis sur les fauteuils.

Une ou deux femmes sont employées comme aides, soit pour condenser l'or, soit pour faire du nettoyage préventif, soit pour faire du massage des gencives, soit pour préparer l'écartement des dents pour une aurification, etc. J'ai re-

trouvé les mêmes installations à Chicago et dans toutes les villes où j'ai été.

En somme, installation absolument rudimentaire au point de vue des dépenses de luxe. Le salon se compose d'un porte-manteau et de quelques fauteuils sur lesquels on peut se balancer, et le cabinet d'opérations est petit et ne comprend que les instruments nécessaires.

Le dentiste, le plus souvent, n'habite pas son office ; il habite à une demi-heure ou trois quarts d'heure de son pseudo-bureau et c'est là qu'il a son home, son intérieur et son luxe.

Je ne crois pas exagérer en disant que je n'ai pas vu aux Etats-Unis une installation comparable avec l'une quelconque des installations que j'ai visitées en France ou en Europe. Le public accepte absolument cette manière de faire, que je constate sans la critiquer, car il en résulte un bénéfice beaucoup plus considérable pour le dentiste, qui n'est pas rongé par les frais généraux qu'occasionnent les salons, le luxe de nos cabinets d'opérations et le personnel.

En résumé, tenue irréprochable, langage toujours correct et d'un gentleman ; ardeur considérable au travail ; écoles superbement installées avec un enseignement pratique parfait et complet ; ambiance spéciale créée dans les écoles par les relations constantes des professeurs avec les élèves, non seulement à l'école, mais en dehors de l'école ; entente cordiale et sympathique entre les membres des mêmes sociétés ; sociétés fort nombreuses avec des réunions fréquentes entretenant toute la vie l'esprit professionnel et permettant aux anciens de profiter des nouvelles découvertes et aux jeunes de profiter de l'expérience des anciens ; spécialisation du travail ; envoi réciproque des malades les uns chez les autres ; telles sont les caractéristiques de la profession dentaire américaine et du dentiste américain.

TRAITEMENT DE L'UNE DES FORMES DE LA
POLYARTHRITE ALVÉOLO-DENTAIRE

Par M. BARRIÉ,

Professeur à l'École dentaire de Paris.

La polyarthrite alvéolo-dentaire, que l'on désigne aussi sous le nom de gingivite expulsive, de gingivite arthro-dentaire, de maladie de Fauchard, est une étrange maladie, à symptomatologie complexe, de même que les lésions qui la caractérisent.

D'après l'exposé anatomo-pathologique qu'en fait le Dr Quilliot dans sa thèse de Lille (1895), nous avons arbitrairement divisé la marche de cette affection en trois stades.

1^{er} Stade. — La dent est à peine sensible, le patient ressent un léger agacement, la dent dévie légèrement généralement dans le sens à la fois vertical et de projection en avant : pas de modification apparente du côté de la gencive.

2^e Stade. — La gencive est injectée et épaisse au collet de la dent; des fongosités se développent à un point quelconque autour du collet de la dent atteinte ; légère suppuration. Si l'on trépanne la dent à ce moment, la pulpe est vivante. Le déplacement de la dent est très accentué.

3^e Stade. — Les lésions alvéolaires se sont considérablement accentuées : toutes les parties altérées baignent dans le pus, la pulpe est morte, la dent est extrêmement mobile, sa perte est certaine et à bref délai.

Nous écourtions avec intention tout ce qui a été dit par quantité d'auteurs sur cette affection pour arriver au cas qui fait l'objet de notre communication.

Il est rare que les patients au premier stade de la maladie consultent un spécialiste, ils espèrent que les choses s'arrangeront d'elles-mêmes et que tout rentrera dans l'état normal. Si le dentiste est consulté, il se bornera à faire de la révulsion et prescrira certains soins journaliers tels que

collutoires, lotions, etc., ce qui n'empêchera nullement la maladie de suivre son cours.

Au deuxième stade, le patient vient nous trouver. A ce degré de l'évolution de la maladie, il est encore possible de conserver les organes dentaires.

Mais au troisième stade de la maladie, la chute de l'organe se produit fatallement, tout traitement devient inutile.

Parmi les malades que nous avons traités à la seconde période, nous citerons deux cas intéressants parce que, bien que la maladie se présentât dans les deux cas dans des conditions cliniques analogues au point de vue du terrain et du degré d'avancement de la maladie, nous eûmes un résultat totalement différent, qui paraît en relation avec le traitement différent suivi dans ces deux cas.

1^{re} observation. — M^{me} X..., âge 32 ans, vint nous voir dans le cours de l'année 1902, pour essayer de conserver deux incisives centrales inférieures atteintes de gingivite expulsive : légère projection en avant, mobilité assez accentuée, suppuration, douleur non aiguë ; cette malade a déjà perdu deux dents de la même manière à la mâchoire supérieure.

Il nous est impossible de découvrir soit une cause diathétique, ou même une cause prédisposante locale susceptible d'expliquer ce phénomène : ce cas justifierait l'opinion de Galippe, qui pense que la pyorrhée existe chez des individus indemnes de tout état morbide général.

Après avoir essayé chez cette malade de nombreux traitements, sans en excepter ceux d'Younger et d'Hugenschmidt, les dents, au bout de quatre mois de traitement, finirent par tomber.

Après avoir subi ainsi quelques échecs, voici le traitement que nous avons suivi chez le malade qui fait l'objet de notre seconde intervention, traitement qui nous a donné, à nous ainsi qu'à notre patient, pleine et entière satisfaction :

2^e observation. — M. P..., capitaine instructeur, âgé de 42 ans, robuste, d'une santé parfaite, vint nous trouver vers le mois de mars 1902. M. P... ne se connaît aucune diathèse,

néanmoins il a perdu cinq dents par suite de pyorrhée à la mâchoire inférieure, et pour ce motif il porte une pièce comportant un nombre égal de dents artificielles. A la mâchoire supérieure, la grande incisive côté gauche est déjà atteinte et il nous prie de faire notre possible pour lui éviter le port d'une pièce supérieure. Voici ce que nous constatons :

Incisive centrale supérieure gauche projetée en avant et plus longue que son homologue du côté opposé, ainsi que l'indique la figure ci-dessous (fig. 1), douleur constante assez accentuée à la percussion et aux changements thermiques; suppuration modérée, fongosités à la partie cervicale palatine, mobilité légère, pulpe vivante.

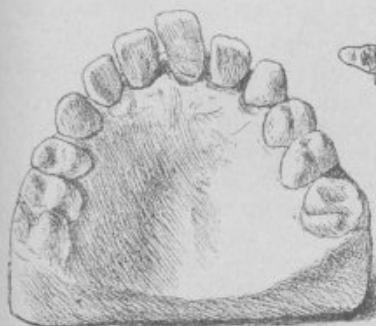


Fig. 1.



Fig. 2.

Traitements. — Suppression des fongosités au thermocautère; injections intra-alvéolaires au sublimé. Nous ramenons la dent au niveau de l'arcade par un petit appareil très simple en vulcanite muni de deux petites ailettes en or; chose curieuse : le redressement se produit non seulement en rétroversion, mais aussi dans le sens vertical de bas en haut, bien que notre appareil n'ait exercé aucune pression dans ce sens. Nous détruisons ensuite la pulpe en trépanant la dent et en faisant une application d'acide arsénieux, puis nous enlevons les débris radiculaires. Une petite plaquette métallique portant un pivot et deux ailettes est estampée à la partie postérieure des trois dents grandes et petite incisive (fig. 2.) Le pivot pénètre dans la cavité artificielle produite

par la trépanation et s'y trouve fixé avec du ciment. La dent se trouve ainsi très bien maintenue en place et tout déplacement ultérieur de la dent n'est plus à craindre.

Nous revîmes notre patient trois mois après ; nous constatâmes qu'il n'y avait aucune trace de suppuration, que la dent était très solide et bien en place. Nous estimons que la complète immobilité de la dent a joué un grand rôle dans la réussite de ce traitement. Nous avons attendu un an pour voir si ce résultat se maintiendrait et pour que cette observation ait une plus grande valeur aux yeux de nos confrères; et, à notre grande satisfaction, tout se trouve toujours en parfait état un an après notre intervention.

NOUVELLE MÉTHODE POUR AUGMENTER LES MOYENS
DE RÉTENTION DES OBTURATIONS EN PORCELAINE

Par B. PLATZCHICK.

(*Communication à la Société d'odontologie de Paris,
séance du 29 avril 1905.*)

L'extension que les obturations en porcelaine ont prise dans la pratique dentaire est due en grande partie à l'effort constant fait en ces dernières années pour améliorer les corps employés et les moyens de les cuire.

Grâce aux fours électriques, surtout à ceux pourvus du guide indispensable, le pyromètre, grâce à la richesse des teintes, on réussit maintenant à confectionner des obturations qui, une fois posées dans la bouche, ne se distinguent presque plus de la partie restante de la dent naturelle : l'artificiel se confond avec le naturel.

Cependant, ce qui rebute quelques dentistes ou empêche ceux qui ont commencé de persévéérer, c'est la difficulté de faire dans la porcelaine des moyens de rétention suffisants dans certaines formes de blocs ou dans des blocs trop petits.

Par suite de la forme qu'on doit donner à la cavité pour prendre l'empreinte soit avec une feuille de platine, soit avec une substance plastique — forme qu'on appelle de dépouille — l'obturation qui résultera de la matrice ainsi obtenue n'a rien qui la maintienne solidalement adhérente au ciment dont la cavité est tapissée.

C'est donc seulement par les moyens de rétention qu'on créera, dans la porcelaine, que l'on fixera solidement l'inlay dans la cavité.

Les moyens indiqués jusqu'ici sont des encoches, des entailles ou des rainures qui se font avec des meules en diamant ou autres ; les rainures sont préférables, car elles transforment la partie du bloc qui est encaissée dans la dent en véritable bouton de chemise.

Un autre moyen consiste à déposer au fond de la matrice en porcelaine des grains d'un corps fondant à une température excessivement élevée, tel que le silex, et enfin, à dépolir la porcelaine avec de l'acide fluorhydrique.

Nous n'indiquerons pas, pour le moment, dans quels cas un moyen peut être employé plutôt qu'un autre et quand plusieurs ensemble peuvent être utilisés.

Nous voulons en décrire un nouveau qui peut être employé avec avantage dans les cas où les autres sont insuffisants et précisément dans ceux où la petiteur du bloc ou sa forme ne permet pas de faire le point de rétention désiré.

Cette méthode s'applique aussi bien avec la prise d'empreinte directe de la dent au moyen d'une feuille de platine qu'avec la prise

d'empreinte au moyen d'une substance plastique dans laquelle on aura coulé un modèle soit en plâtre, soit en Spence métal, d'où l'on tirera la matrice.

Nous prendrons comme exemple une obturation de face labiale incisive, seulement parce que la démonstration en est plus facile, tout en connaissant les difficultés inhérentes à la prise d'empreinte des cavités interstitielles, le but de cet article étant seulement de montrer la façon de faire une rainure autrement qu'avec une meule.

Nous décrirons seulement l'application de ce moyen dans le cas de la prise d'empreinte directe de la cavité avec une feuille de platine, car, dans le cas de prise d'empreinte avec une substance plastique, le procédé sera le même et rendu encore plus facile par le fait qu'on a le modèle constamment à sa disposition.

Après avoir découpé un morceau de feuille de platine de grandeur convenable, on l'appliquera légèrement à la cavité, de façon à ce que ses bords laissent une légère impression (fig. 1 et 2).

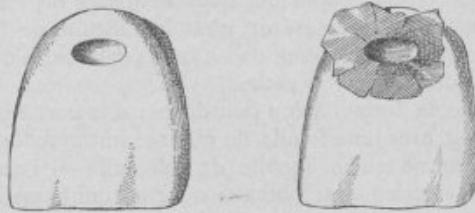


Fig. 1.

Fig. 2.

On prépare ensuite une bague avec un fil demi-jonc en or à 1000 ou en un alliage de platine choisi d'après les indications précises que nous donnons plus loin: l'épaisseur de ce fil doit être, comme on le verra par la suite, proportionnelle à la profondeur de la cavité et du sillon qu'on désire obtenir.

La forme de cette bague rappellera sensiblement celle du fond de la cavité, mais elle sera un peu plus étroite.

On place alors sa partie bombée touchant à cette dernière sur la feuille de platine, en interposant entre les deux un tout petit morceau d'or à 1000 pris dans une feuille d'or à aurifier des plus minces (n° 5 de Ash, par exemple) (fig. 3).

Portez le tout sur une flamme de bec Bunsen (fig. 4) ou dans un four électrique et retirez-le quand la mince feuille d'or sera fondue et le demi-jonc soudé, en conséquence, au platine.

Achevez de faire pénétrer cette feuille munie de cette bague dans la cavité de la dent (fig. 5), et terminez le bloc comme à l'ordinaire.

Après la cuisson, retirez la feuille de platine, comme d'habitude, et avec une échoppe ou avec une meule mettez la bague à jour.

Faites ensuite bouillir le petit bloc dans quelques gouttes d'eau régale (deux parties d'acide chlorhydrique et une partie d'acide nitrique), dans un matras ou dans tout autre récipient en porcelaine.



Fig. 3.

L'ébullition doit durer, selon l'importance de la bague et selon la composition de l'alliage employé, de cinq à dix minutes, et doit être faite sous une cheminée bien aérée ou dans un bain de sable.

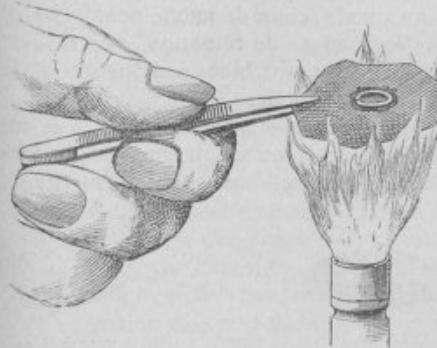


Fig. 4.



Fig. 5.

Après ce court temps d'ébullition, le métal sera dissous complètement et vous aurez dans l'obturation un sillon correspondant à la forme du fil et qui, quelle que soit sa profondeur, aura, étant donné sa forme de demi-jonc, dans le corps de la porcelaine, une base plus large que l'ouverture annulaire qui se trouve à la face libre du bloc (fig. 6).

On devine les suites et les résultats des opérations suivantes ; du ciment suffisamment liquide et préparé est introduit dans le sillon du bloc et dans la cavité dans laquelle le bloc est placé.

Il en résultera à l'intérieur une masse de ciment ayant la forme indiquée aux figures 7 et 8.

La description que nous avons donnée de cette méthode, sera

certainement suffisante pour permettre à tous les confrères de trouver les modifications et les différentes applications auxquelles elle peut donner lieu.

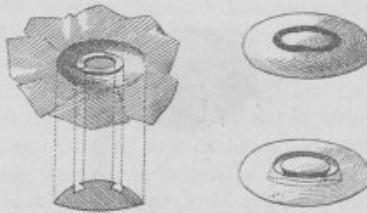


Fig. 6.

Fig. 7 et 8.

Cependant nous croyons bon d'ajouter même des petits détails dont nous avons reconnu l'utilité et de leur éviter ainsi des recherches.

Nous pensons que cette méthode qui, naturellement ne peut pas servir dans tous les cas, où un simple coup de meule peut créer un bouton et faire ainsi un excellent moyen de rétention, peut trouver une bonne application dans les cas des petits blocs peu épais destinés à ne pas supporter un gros effort masticatoire.

La forme de fil en demi-jonc que nous proposons n'est pas indispensable, un fil triangulaire ou autre, une simple demi-boule donneront un ou deux creux d'une forme très convenable (Voir fig. 9, 10 et 11).



Fig. 9.



Fig. 10.



Fig. 11.

A ce propos, nous dirons encore par quel moyen nous obtenons les demi-boules.

Un fil métallique tenu avec des presselles, et sur lequel on dirige la flamme du chalumeau, fondra en prenant la forme d'un champignon qui, arrivé à une certaine grosseur, tombera sur un plateau placé convenablement et s'éparpillera en formant une quantité d'autres petites boules de grandeurs différentes. Au moment voulu, on en choisit une de forme convenable et l'on en enlève la moitié à la lime.

Un détail presque enfantin, et que nous ne voulons cependant pas omettre, est le moyen de maintenir en place la demi-boule sur la feuille de platine.

Ceci s'obtient tout simplement en appuyant une petite bouterole sur la feuille de platine sur laquelle on aurait déjà placé le petit bout

d'or à aurifier et il en résultera un petit creux qui permettra de tenir en place la demi-boule pendant le transport dans le four ou sur le bœuf Bunsen.

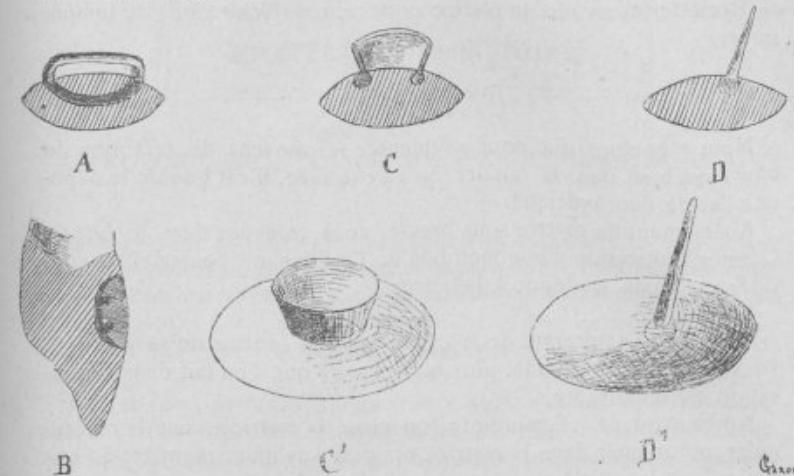


Fig. 12. — Coupe d'une dent avec bloc en place ; blocs vus d'ensemble et en coupe, avec divers moyens de rétention.

Nous tenons à signaler aussi une petite application de ce système qui consiste à laisser en place la partie métallique qu'on a cuite dans la porcelaine et à s'en servir pour y souder toutes sortes d'attachments, petits pivots ou autres, ce qu'il eût été malaisé et même impossible de faire dans certains cas sans ce système.

L'exécution de cette petite opération est tellement simple qu'il semble superflu de la décrire.

Nous rappelons cependant que la soudure doit être faite de préférence dans le four électrique avec un métal fondant à une température assez basse par rapport au corps employé, de façon à ne pas altérer les bords du bloc. Enfin, et pour terminer, nous donnons ci-dessous les métaux et alliages qui, d'après notre expérience, doivent être employés suivant les températures auxquelles fondent les différentes sortes de porcelaine.

Je ne donne que les principaux : il sera facile d'appliquer les mêmes principes aux autres.

MÉTAUX ET ALLIAGES.

La feuille de platine pour l'empreinte est toujours nécessaire. Les demi-joncs, boules, etc. employés pour la rainure seront en or pour

la pâte de Jenkins, en alliage contenant 20 o/o de platine et 80 o/o d'or à 1000 pour la pâte à haute fusion d'Ash et la pâte medium de White; l'alliage devra contenir 25 o/o de platine pour la pâte de Brewster et 40 o/o de platine pour celle de White à haute température.

NOTES.

Nous rappelons que pour augmenter les moyens de rétention du bloc aussi bien dans la rainure qu'à sa surface, il est bon de le dépolir à l'acide fluorhydrique.

Au moment de mettre sous presse, nous trouvons dans le *Dental Cosmos* l'indication d'une méthode du Dr Silva qui pourrait être considérée comme analogue à la nôtre.

La voici :

On prend l'empreinte de la cavité sans se soucier de sa position. Plus la cavité est grande, plus la concavité que l'on fait dans l'obturation est importante.

Après avoir pris l'empreinte, on place la matrice dans le revêtement et on met dans la matrice un petit cylindre numéro 4, soit entier, soit la moitié ou le quart selon la concavité que l'on veut produire dans l'obturation.

Le cylindre doit être mou, tel qu'il sert pour les obturations : il est maintenu en place par le corps même de la porcelaine.

Le contour d'un bouton sera reproduit dans la forme d'une concavité. Après la cuisson, on enlève l'or de la porcelaine à l'aide d'un petit excavateur.

Les essais que nous avons commencés bien avant la lecture de ce procédé, et que nous avons poursuivis rigoureusement, nous permettent de douter des résultats obtenus par ce moyen, la fixation du morceau d'or sur la feuille d'empreinte étant indispensable. Il ne peut servir en tous cas qu'avec des pâtes fondant à une température au moins aussi basse, sinon plus basse, que celle de Jenkins, car pour les pâtes à haute température, l'or à 1000 fond trop tôt, et nous sommes arrivé à déterminer la teneur en platine des alliages à la suite de nombreux essais faits avec des alliages contenant des proportions de platine de plus en plus grandes.



Intérêts professionnels

A PROPOS DE L'INTOXICATION PAR LE CAOUTCHOUC
COLORÉ

Voici le texte de la lettre adressée par M. Schwartz, de Nîmes, au *Petit Marseillais* du 28 avril 1905, dont parle notre rédacteur en chef dans son étude publiée plus haut sur la *maladie du caoutchouc*.

POISON NOUVEAU.

Sous ce titre, nous avons publié dans notre numéro de lundi dernier un article de notre collaborateur, M. Pierre Calmettes, à la suite duquel nous recevons de M. Schwartz, président de l'Association générale des dentistes du Sud-Est, la lettre suivante :

Monsieur le directeur du *Petit Marseillais*,

Dans le numéro du 24 avril, vous avez publié, sous la signature de M. Pierre Calmettes, un article ayant pour titre : *Poison nouveau*, et en sous-titre : *Notre malheureuse existence... Les derniers toxiques...*

Ces lignes ont soulevé une stupeur mêlée de sourires parmi les chirurgiens-dentistes ; mais, d'autre part, elles ont soulevé une angoisse parmi vos nombreux lecteurs qui portent des appareils dentaires.

Une aussi grave accusation nécessite une réponse.

Vous ne sauriez donc refuser à un praticien, qui est mieux placé que votre correspondant pour apprécier les qualités des caoutchoucs dentaires, d'exposer à vos lecteurs que l'accusation de M. Calmettes est en tous points erronée, afin de rassurer les nombreux malades qui, pour des raisons de santé, sont contraints d'avoir recours aux fausses dents pour subvenir à leur alimentation. Ma qualité de président du Syndicat et de l'Association générale des dentistes du Sud-Est me fait, en outre, un devoir de vous adresser cette lettre.

Les caoutchoucs dentaires sont à peu près de vingt qualités ou espèces et de couleurs différentes : il y en a du blanc, du noir, du rouge, de l'orange, du rose, etc. ; le rouge et le rose, spécialement préparés pour imiter les gencives, sont colorés avec du vermillon, qui est mé-

langé au caoutchouc et aux autres produits qui constituent ces caoutchoucs spéciaux.

Lorsque l'appareil est monté — est-il dit dans votre journal — on le fait cuire dans un four spécial, où il doit devenir immuablement solide. Pardon, ce n'est pas dans un four, mais bien dans une chaudière à vapeur, dite marmite de Papin, dont la température, 150 à 160 degrés sous la pression de 8 atmosphères, est maintenue régulière durant une heure et quart, temps pendant lequel la combinaison du caoutchouc et du soufre, aboutit à un durcissement absolument complet. Par cette vulcanisation, le caoutchouc devient absolument inattaquable aux acides sulfurique et chlorhydrique ; seul, l'acide fluorhydrique l'attaque un peu, comme il attaque le verre, et un seul autre élément a la puissance de sa destruction : c'est le feu. Mais il n'est pas, que je sache, des hommes, sur notre planète, voire même de ceux qui portent des dentiers, qui s'abreuvent d'acides corrosifs ou s'alimentent en mangeant du feu, dans l'unique but de détériorer leurs appareils.

Si donc les acides n'ont pas d'action destructive, les agents bucaux — salive, ferment, microbes — ne sauraient altérer les appareils en caoutchouc vulcanisé, ni dissoudre la matière colorante. Or, ni le caoutchouc ni la matière colorante ne subissent d'altération daucune sorte. Ce qui l'atteste, ce sont les dentiers qui ont fait un usage de quinze ou vingt ans et qui ont gardé, durant ces longues années leur structure et leur coloris de la première heure. Cette constatation pratique vaut, à elle seule, toutes les expériences des laboratoires.

Je déclare donc, d'une façon formelle, que la matière colorante des caoutchoucs dentaires est, par suite de la vulcanisation, *absolument insoluble* ; que depuis 1854, époque à laquelle deux dentistes français de Metz¹ brevetèrent le procédé de confectionner des dentiers vulcanisés, jamais aucun symptôme d'intoxication causé par ces appareils n'a été constaté.

Nîmes, le 25 avril 1905.

E. SCHWARTZ,
chirurgien-dentiste
de la Faculté de médecine de Paris.

1. Ces dentistes étaient MM. Ninck et Winderling.

N. D. L. R.

Chronique professionnelle.

L'HYGIÈNE DENTAIRE DANS L'ARMÉE

Par M. IZAMBARD, D. F. M. P.
de Rochefort-sur-Mer.
(2^e article).

Le 30 juillet 1904, *L'Odontologie* publiait un court article où, jetant le premier cri d'alarme, je notais le fâcheux état dans lequel se trouvait la denture de nos soldats, le désintérêt complet du commandement pour les soins à y apporter, et les progrès réalisés à l'étranger dans cet ordre d'idée. Peu de temps après, cet article était inséré au *Bulletin officiel du service de santé militaire*, ce qui portait immédiatement la question sous les yeux des chefs compétents du Ministère de la Guerre.

Un mois après, en août 1904, M. Chateau, secrétaire de la Société dauphinoise d'Odontologie, faisait une communication au Congrès de Grenoble, et nous apprenait qu'il avait pu obtenir de faire des conférences dans des régiments. Nous sommes heureux de le féliciter de cette réussite, car c'est sur cela que j'insistais le plus dans les conclusions de mon dernier article. M. Chateau est arrivé à un réel résultat en forçant les portes de la caserne, et en obtenant l'autorisation officielle de faire aux officiers et aux hommes des conférences d'hygiène dentaire. Je souhaite que son exemple soit imité le plus possible. En tout cas, ceci nous prépare pour un avenir très rapproché de sages réformes dans l'armée métropolitaine et les progrès qui existent actuellement dans l'armée coloniale ne tarderont certainement pas à se généraliser.

La première circulaire ministérielle parue au sujet de l'hygiène dentaire des troupes coloniales est datée du 13 août 1904. En voici le texte :

D. M. 138 1/8.

Le commandant supérieur des troupes de l'Indo-Chine me rend compte de la fréquence des lésions de la bouche et des dents chez les militaires français envoyés au corps d'occupation. C'est ainsi que dernièrement neuf appareils de prothèse dentaire ont dû être commandés

en France pour les hommes récemment arrivés. J'attire votre attention sur cette situation, et je vous prie de donner des instructions pour que les médecins des corps examinent avec le plus grand soin l'état de la denture des hommes appelés à servir outre mer. Ceux dont la denture serait en trop mauvais état seront maintenus en France, et, suivant la gravité de leur état, seront proposés pour la réforme ou dirigés sur un hôpital pour la délivrance d'un appareil de prothèse. Leur désignation pour une colonie ne pourra avoir lieu qu'après un nouvel examen médical ayant permis de constater que la mastication se fait dans de bonnes conditions.

Pour le ministre et par délégation,

F...

Cette circulaire marque donc un pas décisif dans la voie du progrès. Deux ports surtout s'efforcèrent sérieusement de l'appliquer immédiatement : Toulon et Rochefort.

A Toulon, les médecins-majors envoyèrent tout de suite à l'hôpital tous les hommes dont la denture était en mauvais état, soit 37. Ils envahirent une salle et l'encombrèrent longtemps. On procéda à des extractions sans nombre et l'on renvoya au régiment pour deux mois les hommes ayant besoin d'un appareil de prothèse.

Comme résultat pratique, il y eut surtout ceci : les hommes hospitalisés fournirent 285 journées d'hôpital, ce qui représente un remboursement de 612 fr. 75 de la Guerre à la Marine. Et l'on étudia longtemps la question de la délivrance des appareils.

A Rochefort, ce fut plus vite fait : six hommes entrèrent à l'hôpital en vue d'une délivrance d'appareils dentaires. On les promena individuellement chez tous les dentistes de la ville, et ce fut le moins offrant qui eut l'adjudication de chaque appareil. On voit le peu de garantie d'une semblable manière d'opérer. Et encore la question des soins de bouche se trouvait, dans ce port, singulièrement simplifiée puisque, depuis trois ans, j'ai fait ce que je voudrais qu'on fit dans toute garnison (mais alors avec rémunération de l'Etat) : j'ai donné mes soins gratuits aux soldats des deux régiments coloniaux.

A Lorient et à Brest, ce fut l'inertie la plus complète. Les médecins-majors des régiments eurent bien connaissance de la circulaire, mais s'en occupèrent peu. Ils se contentèrent de ne pas envoyer les hommes à mauvaise denture aux colonies et de les garder jusqu'à plus ample informé. L'hôpital maritime où l'on en aurait envoyé quelques-uns les aurait renvoyés à leur régiment sans qu'il leur eût été fait quoique ce fût. A ce propos, on trouva à Lorient une ancienne dépêche ministérielle prescrivant pour tout appareil prothétique dont le prix dépasse 50 francs d'en référer au ministre et de diriger l'homme sur un hôpital de Paris. C'est ainsi qu'il y a un an ou deux, l'hôpital ayant eu à délivrer un dentier à un homme atteint de

fracture du maxillaire supérieur, on l'expédia au Val-de-Grâce où l'appareil lui fut appliqué.

Il y a donc eu une période d'expectative et d'incubation assez sérieuse, puisqu'il faut arriver au 8 février dernier pour trouver une réglementation précise du service dentaire de l'armée. Il y a encore de grandes lacunes à combler, mais l'idée est trop bien lancée, elle ne fera que progresser.

Voici le texte de la circulaire du 8 février 1905 :

Dépêche ministérielle n° 20 1/8.

J'ai l'honneur de vous faire connaître que j'apprue les mesures que vous me proposez pour assurer l'entretien des dents des militaires du corps d'armée colonial. Ces mesures sont les suivantes :

1° Surveillance par les gradés du nettoyage des dents qui doit être fait chaque matin avec du savon et au moyen de la brosse dont chaque homme est pourvu ;

2° Conférences faites aux sous-officiers et soldats sur l'hygiène de la bouche et des dents par les médecins aides-majors des divers régiments ;

3° Examen de la denture à chaque visite sanitaire ; à la suite de cet examen, les hommes ayant des dents à nettoyer ou des chicots à extraire seront envoyés à l'infirmerie, ceux qui auront des dents à obturer seront envoyés à LA CLINIQUE DENTAIRE DE L'HÔPITAL.

Je n'ai, de même, aucune objection à présenter à vos propositions au sujet des hommes ayant une mauvaise denture au moment de leur désignation coloniale.

1° Les militaires dont la denture peut être mise en état seront maintenus en France pendant tout le temps nécessaire ;

2° Les engagés dont la denture serait trop défectueuse seront définitivement maintenus en France et ne pourront être rengagés dans les troupes coloniales ;

3° Les rengagés ayant perdu leurs dents, soit à la suite d'un accident de service, soit durant leurs séjours coloniaux et dont la denture serait jugée notamment insuffisante par le directeur du service de santé du corps d'armée des troupes coloniales, pourront être proposés pour un dénier et recevront ensuite une destination coloniale ;

4° Les appelés seront soignés dans les mêmes conditions que les engagés et ne pourront rengager dans les troupes coloniales que si leur denture est suffisante ;

5° Tous les hommes présentant les lésions énoncées à l'article 102 de l'instruction du 31 janvier 1902 sur l'aptitude physique au service militaire seront présentés à une commission de réforme.

Vous voudrez bien donner toutes les instructions nécessaires pour l'exécution rapide de ces mesures.

Signé: MAURICE BERTEAUX.

Il serait trop long de donner l'instruction du général commandant le corps d'armée interprétant cette dépêche et donnant très explicitement les mesures relatives à l'hygiène dentaire. Je me contenterai de signaler les notices affichées dans toutes les chambrées au 3^e colonial, et qui sont le complément de conférences fort bien faites. Voici la copie d'une de ces notices :

ENTRETIEN DES DENTS.

Le soldat néglige généralement la propreté de la bouche. Il a tort, car la bouche, ainsi que toute autre partie du corps a besoin de soins hygiéniques.

I. NÉCESSITÉ POUR LE SOLDAT D'ASSURER LA PROPRETÉ DE LA BOUCHE. — *A cette condition : A. Le soldat aura une denture en bon état qui lui permettra la mastication complète des aliments, condition indispensable au bon fonctionnement de l'estomac, et empêchera ainsi bien des affections de cet organe. — B. Le soldat arrêtera l'évolution de certaines maladies des gencives, des amygdales, de la gorge, supprimera les névralgies et les abcès d'origine dentaire, fera disparaître l'haleine fétide.*

II. MOYENS POUR LE SOLDAT D'ASSURER LA PROPRETÉ DE LA BOUCHE. — *Le soldat devra se nettoyer la bouche : quand et comment ? A. LE MATIN AU RÉVEIL : brossage des dents avec une brosse trempée d'eau en frottant dans tous les sens (horizontalement et verticalement) et sur toutes ses faces (broyante, externe, interne) si possible avec une poudre antiséptique (quinquina et charbon, acide borique et craie), rinçage de la bouche et gargarisme de la gorge. — B. APRÈS LES REPAS : nettoyage des interstices des dents avec un cure-dent en bois ou en plume, jamais en métal, brossage des dents et rinçage de la bouche.*

NOTA. — *Si la denture est défectueuse, c'est-à-dire s'il y a des dents gâtées, des dépôts de tartre, des chicots, le soldat doit consulter le médecin qui lui donnera les premiers soins et l'adressera au dentiste s'il y a lieu. Alors seulement, les soins hygiéniques ci-dessus de la bouche seront efficaces pour la conservation de la dentition. Ces soins hygiéniques, utiles en France, prennent une grande importance aux colonies où la denture se détériore plus facilement et plus rapidement.*

Ce que je trouve de plus important dans la dépêche ministérielle, c'est que le ministre prévoit la création de cliniques dentaires dans les hôpitaux militaires et maritimes ; là, le soldat trouvera tous les soins appropriés à l'état de sa bouche, extractions, obturations, appareils, etc. De là à instituer des dentistes militaires ou à donner aux médecins de l'armée l'instruction dentaire nécessaire, il n'y a qu'un pas ; et les désirera que nous formulions dans notre précédent article seront en tout point réalisés.

En résumé, l'état actuel de la question est celui-ci :

Tout soldat voulant s'engager ou rengager dans un régiment colonial ne sera accepté qu'autant qu'il aura une denture en bon état. Comme dans le cas de renagement il touche une prime assez forte, le médecin-major lui conseillera d'employer cet argent à se faire donner les soins dentaires nécessaires. Il n'y a que les rengagés ayant servi assez longtemps aux colonies qui pourront avoir ces soins aux frais de l'Etat. Quant à la prophylaxie, elle est aussi parfaite qu'il est possible, et j'ai été heureux de constater que tout le commandement y a mis du sien, colonels, médecins-majors, capitaines, etc. Les soldats coloniaux qui avaient depuis longtemps une brosse à dents savent aujourd'hui s'en servir. L'habitude sera prise et, rentrés du régiment, ils seront les premiers à conseiller ces soins d'hygiène à leur entourage.

A propos de brosse à dents, j'ai vu quelque part dans un journal professionnel que le ministre de la marine aurait pris une mesure consistant à retirer la brosse à dents aux marins. Je m'empresse de protester contre cette assertion : il y a certainement erreur. Bien au contraire, on a singulièrement amélioré le type des brosses délivrées à la marine. Elles sont fort bien faites et ne peuvent servir à un autre usage que celui auquel elles sont destinées. Elles reviennent d'ailleurs en gros à 0 fr. 75 centimes pièce au fournisseur. On est donc loin de penser à une suppression de cet indispensable objet de toilette.

La question des cliniques dentaires et des dentistes militaires est loin d'être résolue. Il en est de même de l'application de ces circulaires à l'armée métropolitaine. Et pourtant tout cela est déjà réglémenté à l'étranger.

Souhaitons que le moment soit proche où l'on étendra à toute l'armée ce qu'on vient de faire pour les troupes coloniales.

En terminant, je remercie bien sincèrement mes excellents frères, M. le Dr Gauran et mon ami le Dr Chemin, médecins de la marine, du concours bienveillant qu'ils m'ont apporté dans mon enquête sur l'hygiène dentaire dans l'armée coloniale.

25 mars 1905.

LETTRES AU SYNDICAT DES CHIRURGIENS-DENTISTES DE FRANCE

MM. Godon et Lemerle ayant adressé leur démission de membres du Syndicat des chirurgiens-dentistes de France à la suite de la séance de la F. D. N. du 30 avril dernier et M. le Président du Syndicat leur ayant écrit pour leur demander les motifs de leur démission, MM. Godon et Lemerle lui ont répondu par les lettres ci-jointes que nous croyons utile de publier.

A Monsieur le Président du Syndicat des chirurgiens-dentistes de France.

Monsieur le Président,

Je réponds à votre lettre en date du 6 mai me demandant les motifs de ma démission. Il ne m'avait pas semblé utile de les donner, après mes déclarations publiques et privées, si souvent répétées, au sujet de la politique professionnelle et de la politique judiciaire suivies par ceux qui dirigent le Syndicat ; mais, puisque vous insistez, je ne vois aucune objection à vous les renouveler.

J'estime que la politique professionnelle du Syndicat est mauvaise, notamment dans les difficultés créées à la F. D. N. et dans les attaques injustes dirigées contre l'Ecole dentaire de Paris, parce qu'elle sème la désunion dans le corps professionnel, alors que les dentistes ont tant besoin d'être unis en ce moment pour assurer le succès de leurs revendications. Cette politique est mauvaise parce qu'elle est de nature à porter atteinte à la considération publique dont jouissent des institutions professionnelles nécessaires et qui nous ont coûté tant d'efforts et de temps pour les créer et les développer.

Quant à la politique judiciaire telle qu'elle est comprise et pratiquée, notamment dans les poursuites dirigées sans distinction contre les confrères les plus honorables comme le Dr D., contre les diplômés de notre école en cours d'examen, comme M. B., et continuée malgré les avis du doyen de la Faculté de médecine et du recteur de l'Académie de Paris, comme dans l'action intentée à cet étudiant en médecine que vous savez ; cette politique judiciaire, dis-je, constitue, à mon avis, un véritable abus de privilège, qui ne peut que nous aliéner les sympathies générales du public, des professionnels et des autorités officielles que nous avons mis tant d'années à acquérir.

Malgré les regrets que j'éprouve de me séparer d'une société que j'ai contribué à fonder, il y a dix ans, je ne puis continuer plus longtemps à rester solidaire d'actes que je réprouve. C'est pourquoi, profitant de la discussion publique qui a eu lieu à la session d'avril de la

F. D. N. sur l'action du Syndicat et qui a été soulevée par le très remarquable rapport de mon ami Sauvez, je me suis décidé à vous donner, moi aussi, ma démission de membre du Syndicat, persuadé que, par cet acte, je sers encore les intérêts généraux de la profession tels que je les comprends.

Veuillez agréer, Monsieur le Président, l'assurance de mes sentiments confraternels.

CH. GODON.

Paris, le 15 mai 1905.

Mai 1905.

Monsieur le Secrétaire général et cher frère,

Vous me faites l'honneur de me demander dans votre lettre du 12 mai les motifs ayant provoqué ma démission du Syndicat,

J'en ai exposé publiquement les raisons devant l'assemblée de la F. D. N. le 30 avril, où j'ai dit que je ne concevais pas qu'il fût possible de faire partie simultanément de deux sociétés adverses.

L'article encore récent de M. Baudet, intitulé « Le Remède », publié dans le *Bulletin du Syndicat*, m'avait tristement surpris et sa lecture avait déjà fait naître dans mon esprit la résolution de me retirer lorsque le courageux rapport de M. Sauvez à la F. D. N. me confirma définitivement dans ma décision.

Telles sont, Monsieur le Secrétaire général, les raisons de ma démission ; mais veuillez croire mon cher frère à l'expression de mes meilleurs sentiments.

LEMERLE.

M. Sauvez, directeur adjoint de l'Ecole dentaire de Paris, a donné, ainsi qu'on l'a vu, sa démission de membre du Syndicat des chirurgiens-dentistes de France.

Nous apprenons qu'il a donné également sa démission de membre de la Société de Stomatologie.

LIVRES ET REVUES

Nous rappelons à MM. les Auteurs et Éditeurs que tous les ouvrages dont ils nous envoient deux exemplaires sont annoncés et analysés (s'il y a lieu). Les ouvrages doivent être adressés à M. LE RÉDACTEUR EN CHEF, 45, rue de La Tour-d'Auvergne.

Anatomie et physiologie de la bouche et des dents.

La deuxième édition de l'*Anatomie et physiologie de la bouche et des dents*, par le Dr Sauvez, qui fait partie du *Manuel du chirurgien-dentiste* publié sous la direction de Ch. Godon, vient de paraître.

Ainsi que l'indique le titre, cette deuxième édition a été reprise et refondue par MM. Wicart, interne des hôpitaux de Paris, et Georges Lemerle, préparateur à l'Ecole dentaire de Paris.

M. Wicart s'est attaché surtout à étudier l'anatomie de la bouche et des régions avoisinantes.

Il était du reste tout indiqué pour ce travail, vu ses connaissances en oto-rhino-laryngologie.

Citons entre autres chapitres, particulièrement intéressants, celui ayant trait à la formation des maxillaires, ainsi que les pages se rapportant à la théorie du bec-de-lièvre.

La question si difficile et si ardue de l'articulation temporo-maxillaire est étudiée à fond et permettra à l'étudiant connaissant déjà son anatomie de se rendre compte de l'action des différents muscles pendant la mastication.

Un autre point très bien traité est celui se rapportant aux relations qui peuvent exister entre les dents et le sinus maxillaire. Ce sujet est étudié en cinq pages qui sont largement suffisantes pour que l'étudiant puisse se rendre un compte exact des accidents sinusiens qui peuvent se produire par suite du voisinage des dents.

L'ostéologie du crâne et de la face est bien présentée et sous un aspect différent de celui que l'on rencontre d'ordinaire dans les grands traités d'anatomie.

Les définitions sont claires, précises. Le seul regret que nous puissions exprimer, c'est que les éditeurs ne se soient pas décidés à faire les frais de quelques clichés ou gravures inédits. Ce sont, à part quelques figures schématiques nouvelles, en bien petit nombre, toujours les mêmes dessins pris de temps immémorial dans d'autres auteurs.

Ce reproche, que nous adressons à la partie purement anatomique,

sera encore plus applicable à la partie purement dentaire traitée par notre excellent ami G. Lemerle.

La majeure partie des gravures proviennent de l'ouvrage de Magitot et de Preiswerk, traduction Chompret et sont un peu surannées et franchement vingt-quatre dessins seulement pour l'anatomie et l'histologie dentaires nous semblent un peu maigres.

Mais encore une fois, la critique que nous faisons actuellement s'adresse exclusivement aux éditeurs et non aux auteurs.

En effet, si nous avons loué la première partie écrite par M. Wicart, nous devons féliciter M. Lemerle de la clarté et de la précision qu'il a apportées dans la rédaction des divers chapitres qu'il a écrits.

Il faut insister tout particulièrement sur le chapitre ayant trait à l'articulation alvéolo-dentaire, et sur celles des rapports inter-dentaires.

Nous nous permettrons une seule petite critique au sujet de la terminologie employée par M. Lemerle pour la morphologie de la dent.

M. Lemerle donne en effet le nom de face vestibulaire à toute la partie de la dent qui regarde vers l'extérieur, que l'on se trouve en présence d'une incisive centrale ou d'une troisième grosse molaire.

Nous considérons que les définitions labiale pour les incisives et canines, et buccale ou jugale pour les prémolaires ou molaires seraient peut-être préférables.

De même, la définition linguale pour la face opposée tant du maxillaire supérieur que du maxillaire inférieur nous paraît ne pas correspondre à la réalité. Et nous aimons mieux les définitions palatine et linguale pour désigner la face interne ou buccale du maxillaire supérieur et du maxillaire inférieur.

C'est du reste une question qui devrait être réglée une fois pour toutes, de façon à rendre nos dénominations aussi claires et aussi compréhensibles qu'il est possible et il serait à souhaiter qu'un travail fût publié à ce sujet.

M. Lemerle a tenu à faire une bibliographie complète et à citer tous les auteurs et les travaux récents sur les différents points d'anatomie ou d'histologie. Il n'aurait pas été limité par les éditeurs au sujet du nombre de pages, qu'il aurait pu donner encore plus d'ampleur à ses différents chapitres. Malgré cela, la partie qu'il a traitée est largement suffisante pour permettre à l'étudiant d'acquérir les notions qui lui sont indispensables pour comprendre ce que c'est qu'une dent, de combien de tissus elle est composée, quel est son rôle et quels sont ses moyens de nutrition, de résistance, etc.

En fait, la deuxième édition du manuel du Dr Sauvez est bien, ainsi que le dit l'en-tête, reprise et refondue.

CHOQUET.

Précis de radiographie dentaire, suivi de notes sur l'endodiascopie, par René Darmezin, avec une préface du Dr Foveau de Courmelles.

Voici un livre qui intéressera certainement les dentistes. Il a été écrit spécialement pour eux par un jeune étudiant, qui s'est déjà spécialisé dans l'étude de la radiographie, et, dans une préface documentée, le Dr Foveau de Courmelles le présente au public en en faisant ressortir la valeur.

L'ouvrage débute par des considérations générales sur la production de l'étincelle électrique et sur les appareils propres à fournir les rayons X. L'auteur a payé son tribut à cette idée, à mon avis, erronée, que tout livre sur les applications de l'électricité doit débuter par une étude générale de cette science. Mais dans ce début ceux qui savent ne trouvent rien de nouveau à apprendre et ceux qui ne savent pas ne peuvent comprendre ce qui leur est présenté avec beaucoup trop de concision. J'estime que dans un précis technique il faut admettre chez le lecteur des connaissances théoriques, qu'il pourra toujours acquérir plus facilement ailleurs, et qu'il faut se borner à des renseignements pratiques sur les appareils et instruments dont on doit se servir.

Laissant de côté ce début, un peu confus d'ailleurs, nous arrivons à la description des appareils employés en radiographie : bobines, interrupteurs, ampoules, supports, écrous, machines statiques, dans laquelle le lecteur trouvera plus d'un renseignement utile. Qu'on me permette seulement ici une petite rectification personnelle. Le fauteuil employé à la clinique radiographique de l'Ecole dentaire de Paris a été construit, ou plutôt aménagé, simplement par le menuisier de l'Ecole. C'est l'appareil radiographique qui est dû à MM. Gaiffe et Contremoulins.

La deuxième partie, clinique radiographique, est la plus intéressante. Après avoir sommairement décrit les divers modes de production des rayons X que l'on peut employer, l'auteur passe en revue avec assez de détails les installations que l'on peut employer, fauteuil, ou lit d'opération, ainsi que les procédés photographiques sur plaque ou sur pellicule, et, dans ce dernier cas, les divers modes de fixation de la pellicule dans la bouche. Je signalerai également un chapitre sur les incidences en radiologie dentaire, question souvent négligée ou du moins passée sous silence, et dont l'observation éviterait bien des erreurs dans la lecture et dans la comparaison des radiographies. Dans des chapitres spéciaux, dont le premier est peut-être un peu court, sont passés en revue et les affections dentaires auxquelles peut s'appliquer la radiographie, et les accidents qui peuvent survenir au cours d'une opération.

A la suite d'un chapitre relatif au développement photographique

et sur lequel il n'y a pas grand'chose à dire, l'ouvrage se termine par des notes sur l'endodiascopie, ou examen des cavités par l'introduction d'un tube à rayons X. Si cette méthode si séduisante a été un peu délaissée, injustement, de l'avis de ses protagonistes, c'est à cause de la difficulté de régler la production des rayons X dans un tube qu'on ne voit pas. Mais il y a des circonstances où elle est supérieure à toute autre, par exemple dans le cas de la radioscopie dentaire, ou examen à l'écran. Cet examen est fort pénible et peut conduire à bien des erreurs si l'on veut le faire au moyen d'une ampoule extérieure, dont les rayons traversent toute l'épaisseur de la face, donnant ainsi des superpositions de dents et de maxillaires, où il est bien difficile de voir quelque chose. Mais si l'on place l'ampoule dans la bouche, la radiographie devient facile. Le dispositif à employer et les précautions à prendre sont indiquées dans ces notes.

En somme, l'ouvrage dont nous rendons compte est intéressant et contient un grand nombre de renseignements épars dans diverses publications. Il est à recommander aux dentistes et fait honneur à son auteur.

F. SERRES.

NOUVEAUX JOURNAUX.

Nous avons reçu le premier numéro d'une publication trimestrielle en langue allemande qui paraît à Vienne (Autriche) sous le titre *Ash's Wiener Vierteljahrs-Fachblatt* (Feuille professionnelle trimestrielle d'Ash). Cette publication contient les nouveautés et les informations en matière d'art et de mécanique dentaire.

**

Nous apprenons la publication d'un nouveau journal, *La Revue de chirurgie dentaire*, organe de la Société odontologique de France.

Nous souhaitons bonne chance à ce nouveau confrère.

LIVRES REÇUS.

Nous avons reçu de M. le D^r Mounier une brochure intitulée « Sur un nouveau traitement de la tuberculose et en particulier de la tuberculose laryngée ».

**

Nous avons reçu aussi le Bulletin officiel du Comité exécutif du 4^e Congrès international d'assistance publique et privée.

**

Nous avons reçu également le compte rendu de la séance d'ouverture de la section odontologique du collège médico-pharmaceutique de Palma (Ile Majorque) tenue le 11 janvier 1905, sous la présidence de M. Casasnovas.

Nous avons reçu également le rapport annuel du Département des œuvres de charité de la ville de New-York pour 1903.

REVUE ANALYTIQUE

Arrington, Sur les emplois de la brosse à dents. (*Pacific Dental Gazette*, octobre 1904).

La brosse à dents est un moyen commode, ne demandant ni perte de temps sensible ni perte d'argent pour entretenir en bon état les dents et les muqueuses, et par son emploi fréquent on se passera des nombreux remèdes dont l'effet est trop tardif souvent et souvent imparfait. Il suffit d'employer la brosse avec suffisamment d'eau, depuis le tout jeune âge, sans autre remède, pour préserver des germes infectieux ; les dents temporaires ou permanentes seront protégées de la carie ; même, après guérison de la pyorrhée alvéolaire, l'eau et la brosse employés plusieurs fois par jour empêcheront le retour du mal.

C'est incontestablement notre agent le meilleur de prophylaxie dentaire. Grâce à lui, même l'état général de l'organisme sera amélioré ; on signale des cas de tuberculose et de troubles gastriques résultant de l'état infectieux de la bouche ; les médecins devraient bien répandre l'idée que la bouche est la porte d'entrée de beaucoup de maladies graves (diphthérie, fièvre scarlatine, pneumonie, choléra, fièvre typhoïde, etc.). De même que des dents cariées, une langue chargée est un champ de développement très favorable aux microbes.

Lessenour recommande de nettoyer deux fois par jour et une autre fois le soir. Beaucoup d'auteurs dénoncent les méfaits d'une mauvaise asepsie de la bouche et tous préconisent l'emploi de la brosse. Il faut que tous les dentistes et les médecins ne cessent de la recommander par la parole et par leurs écrits.

Guy (W.), De la fabrication d'un four électrique pour 10 shillings. (*British Dental Journal*, 15 mars 1905.)

Le four que je me propose de dé-

crire a été montré au grand meeting annuel d'Aberdeen.

Les petits fours électriques dont se servent de nos jours les dentistes sont presque tous faits sur le même modèle. Ils sont construits sur le principe de résistance, c'est-à-dire que la chaleur est produite par le passage d'un courant électrique au travers d'un mince fil de platine, qui est enroulé autour d'un moule en terre réfractaire. Le moule est entouré d'une substance qui conserve la chaleur et le tout est enfermé dans une enveloppe en terre réfractaire ou en métal.

Les principes scientifiques qui gouvernent la construction de ces fours sont simples.

La loi d'Ohm, qui, comme nous le savons, exprime la relation existant entre la force électro-motrice agissant dans un circuit, la résistance du circuit et le courant qui la traverse, se formule ainsi :

$$R = \frac{E}{C}$$

Etant donné un conducteur joignant deux points, le courant passant entre ces deux points varie en raison directe avec la force électro-motrice et en raison inverse avec la résistance du conducteur et la loi devient :

$$C = \frac{E}{R}$$

Ohm montra également que la résistance d'un conducteur de diamètre uniforme « s » et de longueur « l » est représenté par la formule :

$$S = p \frac{l}{s}$$

dans laquelle « p » est la caractéristique constante de la résistance spécifique, résistance qui augmente avec la température dans le cas de métaux et de bons conducteurs.

On démontre par l'expérience que la chaleur produite dans un circuit varie avec la résistance offerte par le courant.

Dans les fours construits suivant la loi de résistance le fil de platine est employé à cause de sa grande résistance spécifique et de son haut point de fusion.

Wright, dans ses travaux récents sur « les fours électriques et leur application dans l'industrie » en parlant du four Heracus qui sert à chauffer les tubes de porcelaine, expose que les dimensions du fil de platine nécessaires pour produire un effet calorifique déterminé d'avance peuvent être calculées d'après la formule :

$$E = 44 R \frac{1}{s} \times C.$$

dans laquelle E représente le voltage maximum effectif, C le courant, S la grosseur du fil, l la longueur du fil, R la résistance de 1 mètre de fil de platine ayant un millimètre de section.

Joubert donne une formule montrant que pour un métal déterminé, avec les mêmes conditions d'étendue, la chaleur reste la même si le diamètre du fil varie avec les $\frac{2}{3}$ de la force de puissance du courant.

Ces considérations préliminaires étant posées, je m'efforcerai de montrer comment l'on peut construire un four électrique pour la somme indiquée.

La première chose très importante est le moufle. Il faut qu'il soit en terre réfractaire, cuite à une très haute température. Si l'on négligeait ce détail, on s'exposerait à une fusion partielle de la surface extérieure lorsque le four fonctionnerait. Les dimensions du moufle sont les suivantes : longueur 0 m. 058, largeur 0 m. 025, hauteur 0 m. 033, à l'un des bouts du moufle, à environ 0 m. 008 du bord et à mi-hauteur du moufle se trouvent deux trous séparés par une distance de 0 m. 003. C'est au travers de ces trous que sont enfilés les extrémités du fil de platine.

J'emploie une enveloppe en terre de feu, dont les dimensions sont : long-

0 m. 087, largeur 0 m. 087, hauteur 0 m. 062. Au dos de l'enveloppe se trouvent deux trous reliés par une rainure, dans ces trous sont placées les terminales figure 2.

Il faut beaucoup de soin dans l'opération de l'enroulement du fil de platine autour du moufle, il est bon de commencer par enruler autour du moufle une ficelle avant d'y enruler le fil de platine (figure 3). Le calibre du fil que j'emploie est 0 m. 005 pour un courant de 240 volts. Je ne conseille pas d'employer de fil plus fin. Il faut environ 3 m. 95 de fil pour enruler autour du moufle, ce qui coûte environ 7 m. 20.

Le moufle une fois recouvert du fil de platine, les deux bouts du fil, dont l'un a environ 0 m. 20 et l'autre 0 m. 10, sont libres. Il faut maintenant mettre autour du moufle de la fibre « asbestos ». A cet effet nous prenons une feuille de papier de soie plus large que le moufle, sous ce papier nous plaçons deux ficelles, nous couvrons le papier d'une couche de fibres d'une épaisseur de 0 m. 008, nous enroulons le papier, les ficelles et la fibre autour du moufle, nous replions les bouts du papier, et attachons les ficelles.

Il s'agit maintenant de couper un morceau de carton un peu plus large que l'un des bouts du moufle et de l'y luter avec du kaolin mélangé à de l'eau et que l'on applique à l'état de crème avec un pinceau.

Il faut ramener les fils de platine à travers la rainure entre les terminaux, pour cela je conseille de se servir de ficelles que l'on enroule autour du fil, la ficelle passe facilement à travers la rainure et le fil est entraîné avec elle.

Le fil se fixe au moyen des vis, mais il faut avoir grand soin en manœuvrant ses vis de ne pas tirer ou briser le fil. La fibre s'emploie sèche.

Le four est maintenant complet et présente l'aspect produit par la figure 6. La première fois qu'un four est chauffé par le courant la ficelle et le papier sont carbonisés.

Les fours que j'ai essayé de construire sont en usage constant à l'hôpital dentaire d'Edimbourg.

Williams (G.-T.). *A propos du point de contact.* (*The Pacific dental Gazette*, octobre 1904.)

L'auteur, qui s'est occupé particulièrement de la question, considère qu'elle n'est pas suffisamment étudiée. Il arrive aux considérations suivantes :

«... Les malades nous arrivent avec leurs organismes nerveux dans un état d'extrême tension et se plaignent de l'irritation produite par l'entrée et la pénétration d'aliments fibreux entre les dents et, à moins de nous conformer aux nécessités du cas et de faire nos inlays, etc., etc., de telle sorte qu'ils ne souffrent plus par la mastication, nous sommes en deçà de notre véritable fonction d'opérateurs dentistes.

« Les observations de G.-V. Black et de quelques autres membres éminents de la profession, en même temps que le malaise résultant de ce que cette question du point de contact est ignorée et méconnue, m'amènent à croire très fortement que des trois phases dans lesquelles est divisée l'opération de l'obturation des dents, assurément le finissage qui tend à donner un contour parfait est la plus importante. Je pense que vous conviendrez qu'une obturation médiocrement faite avec un finissage parfait, dont la durée ne peut être que de trois ans, mais trois années de bien-être, doit être préféré à une obturation dont les arêtes sont parfaites, mais sans propre contact et faites pour durer par exemple douze ans. Dans un cas ce sont trois années de bien-être, dans l'autre douze ans de gêne et de tourments.

Notre ennemi commun est la carie — pour empêcher la perte de la dent ou pour restaurer celle qui est perdue ; et notre action porte ordinairement sur les surfaces immédiates, et les obturations exécutées dans une cavité, si bien préparée soit-elle, ne donnent pas un bon résultat si le point même du contact n'est pas安排. C'est là parfois la difficulté du travail, mais la conscience doit diriger notre œuvre et il est bon que nous obéissions à ses prescriptions et que nous fassions de notre mieux.

La forme donnée aux parties voisines de l'obturation est de la plus haute importance pour prévenir le retour de la carie et aussi pour les atteintes aux gencives et à la muqueuse péridentaire.

Les buts à atteindre sont une largeur suffisante de la couronne, une forme convenable des surfaces voisines, un point de contact convenable et une muqueuse gingivale saine.

Le point de contact devra être bien arrondi, de telle façon qu'il soit tangent à la dent voisine suivant un petit point (exactement comme le contact de deux billes), son étendue étant suffisante pour réaliser la forme de la dent primitive, et à ce sujet je dois ajouter ici que quelques dents ne sont pas de la forme naturelle exacte. Dans ce cas elles devront être sorties et modifiées. Il y a une bonne raison pour disposer les dents juxtaposés de cette façon. La nourriture des hommes est diverse et il est impossible que quelques-unes de ces particules fibreuses ne passent entre les dents pendant la mastication.

S'il y a un point de contact convenable, ces particules fibreuses passent à travers les parties interstitielles et poursuivent sans aucune gêne leur voie naturelle.

Si la face mesio distale n'était pas arrangée, les deux dents seraient bientôt serrées l'une contre l'autre, rétrécissant l'espace interdental et amassant la muqueuse gingivale, amenant son absorption partielle, autant de phénomènes que l'on observe chez les malades avec lesquels on se trouve en rapport, qui ont été les victimes de ce traitement défectueux appliqué il y a peu d'années et qui consistait à garnir la partie interdentaire et à rendre la surface de contact large et plate.

Les étranglements sont ainsi rétrécis, en raison de l'inclinaison mutuelle des dents et contrarient le libre passage des aliments entre elles pendant la mastication, la surface dangereuse est augmentée et le retour de la carie est favorisé.

Une surface large et plate ne se prête pas aux conditions de propreté, et le plus souvent retien-

dra les particules fibreuses des aliments, qui à chaque effort de mastication s'amassent sur la gencive, causant parfois une douleur intense et toujours, pour le moins, une sensation de malaise. Finalement, si l'on permet à la cause de demeurer, il en résultera un mauvais état de la gencive et de la muqueuse péridentaire exposant le collet des dents aux influences irritantes, et la carie dans cette région est assez difficile à traiter avec succès.

Comme conclusion je vais énumérer brièvement les avantages qu'il y a à assurer une bonne forme de contact.

1. La surface sensible est diminuée.
2. Les aliments ne s'enfonceront pas et ne s'amasseront pas sur le tissu gingival.
3. La mastication sera plus aisée.
4. Le retour de la carie est grandement conjuré.
5. Les ouvertures restent ouvertes pour le libre passage des aliments pendant la mastication.
6. Le bon état du tissu de la gencive et de la muqueuse péridentaire est assuré.

Wolfenden, L'alimentation des enfants. (*British Dental Journal*, 16 janvier 1905.)

L'alimentation des enfants a un rapport direct avec le développement de leurs dents, l'on ne saurait y attacher trop d'importance.

Il est à déplorer que le nombre des enfants élevés au biberon soit allé croissant ces trente dernières années, comme on peut le constater par les statistiques, 90 o/o des enfants ne sont pas nourris par leur mère, et sur 150.000 enfants qui meurent annuellement, les 3/4 sont des enfants nourris au biberon.

Il n'est pas rare de trouver des parents qui donnent à leurs bébés du thé, du café, des alcools, des farines, lait concentré, etc., alimentation qui ne convient pas à un organisme délicat qui ne devrait avoir pendant les premières années d'autre nourriture que le lait de la mère, ou ce qui pourrait le plus s'en rapprocher.

Depuis longtemps déjà en France, puis en Angleterre, on a pris l'initia-

tive de faire préparer et vendre un lait de vache que, par addition de crème et de sucre de lait, on a ramené sensiblement à la composition du lait humain. Les germes qu'il pourrait contenir sont soigneusement détruits par la chaleur.

Si la composition du lait qu'absorbe l'enfant est un fait important, il importe bien davantage encore de savoir dans quelle condition il le boit. Toute liqueur contenant du sucre fermenté et se décompose rapidement; un enfant consommant du lait aigri absorbe non seulement un acide mais des milliers de bactéries qui s'y trouvent.

D'où l'importance de ne jamais verser le lait dans des bouteilles malpropres, de ne pas se servir de bouts de biberon qui n'ont pas été soigneusement lavés après chaque repas, et qui sans cette précaution sont de vraies colonies de bactéries. Ces négligences sont le plus souvent la cause de la mortalité infantile. Il n'y a point de bactéries dans le lait de la mère, ce danger est donc supprimé par l'alimentation naturelle.

Les enfants élevés au sein ont presque toujours une meilleure dentition que ceux élevés au biberon. Ceux à qui l'on donne des farines et qui absorbent trop de sucre ont une mauvaise dentition, l'acide nuit à la formation des dents.

L'on s'étonne à notre époque de voir tant d'enfants dont les dents se gâtent de bonne heure, ce changement est dû en grande partie à cette regrettable alimentation artificielle trop répandue de nos jours.

C. V.

Caush (Douglas E.), Comment se fait-il que l'émail soit coloré par les plombages d'amalgame? (*British Dental Journal*, 16 janvier 1905.)

Du jour où l'on a reconnu la valeur de l'amalgame comme préservatif des dents, l'effort constant des dentistes a été de prévenir la coloration de l'émail par son emploi. En effet, si, comme on l'a supposé, l'émail n'est autre chose qu'une substance miné-

rale analogue à un fossile, semblable coloration ne devrait pas se produire.

Nos erreurs, à mon avis, viennent de ce que nous avons cru impossible qu'un fluide passe de la pulpe au travers de la dentine et de là dans l'émail; je me suis livré à ce sujet à des expériences prouvant le contraire.

Avant de faire des coupes de dents pour les examiner au microscopie j'ai placé ces dents dans une teinture, ainsi que de l'albâtre chez ce dernier, j'observai que la coloration se répandait d'une façon irrégulière; c'était le contraire pour l'émail, à moins que la matière n'eût été calcinée ou amollie par la carie. Ce caractère de diffusion n'existe pas. De plus c'est toujours une même portion de l'émail qui prend la teinture à la fois pour les dents humaines et pour celles d'animaux. Je remarquai également que la façon dont la teinture se répand dans l'émail dépend entièrement de la position des prismes de l'émail; là où les prismes s'entre-croisent par exemple, nous voyons les portions colorées s'entre-croiser aussi.

Enfin, s'il m'était possible de faire passer une solution colorée au travers de l'émail par l'intermédiaire de la pulpe, pourquoi ne pas supposer que semblable phénomène pouvait se produire pendant la vie d'une dent?

Comme on peut le voir par les photo-micrographiques des coupes d'émail, on suit pas à pas le passage du fluide de la pulpe dans la dentine, les faisceaux de von Ebner, puis dans les prismes de l'émail.

Si ma théorie n'est pas fausse, il est donc possible de trouver un remède à la coloration de l'émail par les obturations d'amalgame; en effet il suffira d'employer une obturation non métallique comme une sorte de doublure, avant de verser l'amalgame dans la cavité. J'emploie moi-même depuis quelques années un mélange d'oxyde de zinc et d'huile de girofle facilement applicable.

Spaulding (W.-C.), Préparation de cavités simples pour la res-

toration par la porcelaine. (Dental Journal, 1905.)

De nos jours, la restauration des dents par la porcelaine a pris une importance considérable. Les cavités labiales, buccales, voire même palatines, peuvent être restaurées dans toutes les dents. Dans la préparation de la cavité on doit apporter la plus grande attention à enlever facilement et sans danger de la matrice, la masse nécessaire de porcelaine, et à la direction dans laquelle la force sera appliquée. Les parois doivent être préparées de façon à diverger légèrement dans la direction dans laquelle la matrice se soulève.

La cavité doit être suffisamment profonde pour que la porcelaine que l'on veut y introduire ait une épaisseur plus considérable que celle d'une feuille, spécialement s'il s'agit de cavités des surfaces morsales. Elles doivent être au moins une fois et demi plus profondes, que la largeur de l'orifice de la cavité. Il est de toute importance que l'émail des bords soit sain, surtout lorsqu'il s'agit de cavités labiales, sans cela le résultat obtenu serait fort défectueux.

Pour atteindre le confin cervical des cavités labiales, buccales ou palatines, il faut attacher un morceau de fil de cuivre autour de la dent, avec un disque d'étain qui l'entoure à l'endroit où il traverse la cavité, et le ramener sur la dent en le fixant avec un crampon comme celui qu'inventa, le Dr Hatch. Quand il est en position un disque d'étain peut être brûlé sur la gencive, afin de s'en débarrasser, et de faire disparaître l'humidité qui pourrait se trouver dans la cavité.

Il est des cas dans lesquels l'occlusion a usé la surface palatale des incisives supérieures; on peut les restaurer enlevant la pulpe et en introduisant une couche assez épaisse de porcelaine.

Pour la restauration des surfaces morsales, — on peut obtenir avec de semblables cavités une grande profondeur, — il est important qu'il en soit ainsi.

Ne jamais hésiter à élargir une cavité autant qu'il est nécessaire pour la facilité de la manipulation.

Documents professionnels

UNIVERSITÉ DE PARIS -- FACULTÉ DE MÉDECINE

Année scolaire 1904-1905

SESSION D'EXAMENS

POUR LE

DIPLOME DE CHIRURGIEN-DENTISTE

Conformément à l'arrêté du 29 juillet 1895, une session d'examens pour le diplôme de chirurgien-dentiste s'ouvrira à la Faculté de Médecine de l'Université de Paris, le 3 juillet 1905.

I. — Conditions d'admission. — Sont seuls admis à se présenter dans cette session :

¹⁰ Pour les trois examens, les dentistes inscrits au rôle des patentés au 1^{er} janvier 1892; les candidats qui justifient d'un cours régulier d'études dans une des écoles d'enseignement dentaire existant en France à la date du 25 juillet 1892.

^{1895;} Pour les deux derniers examens, les dentistes de nationalité française, inscrits au rôle des patentés antérieurement au 1^{er} janvier 1889;

³⁰ Pour le deuxième examen, les dentistes pourvus, antérieurement au 1^{er} novembre 1893, d'un diplôme délivré par l'une des écoles d'enseignement dentaire existant en France à la date du 25 juillet 1893.

II. — Pièces à produire. — Les candidats produiront les pièces suivantes :

Un extrait authentique de leur acte de naissance, et, s'il y a lieu, une traduction également authentique de cette pièce:

Un extrait de leur casier judiciaire ;

Et, suivant le cas :

Un certificat constatant leur inscription au rôle des patentés au 1^{er} janvier 1892, ou antérieurement au 1^{er} janvier 1889;

Un certificat constatant qu'ils sont français;

Le diplôme qu'ils ont obtenu devant une école d'enseignement dentaire de France, antérieurement au 1^{er} novembre 1893 ;

A ces pièces, les candidats élèves des écoles dentaires visés au paragraphe 1^{er} de cette affiche devront joindre :

^{2^e} Soit un diplôme de bachelier, soit le certificat d'études prévu par le décret du 30 juillet 1886, modifié par le décret du 25 juillet 1893, soit le certificat d'études primaires supérieures;

^{2^e} Un certificat constatant qu'ils ont accompli, dans l'une des écoles dentaires, des études complètes et régulières. A ce certificat sera joint un extrait des régis-

3^e Un certificat individuel délivré par M. le Directeur des travaux scientifiques de l'amphithéâtre d'anatomie des hôpitaux, certificat justifiant du travail de l'élève et de son assiduité aux travaux pratiques de dissection.

III. — Consignations. — Les consignations seront reçues au Secrétariat de la Faculté de Médecine de l'Université de Paris, les vendredi 23, samedi 24 et lundi 26 juin 1905.

Les candidats consigneront les droits d'examen, de certificat d'aptitude et de diplôme fixés par le décret du 14 février 1894 (30 fr. pour chaque examen, 20 fr. pour chaque certificat d'aptitude et 100 fr. pour le diplôme).

Il sera fait remboursement aux candidats ajournés des droits de certificat et de diplôme, selon les cas.

Les examens auront lieu à partir du 3 juillet 1905.

Paris, le 15 mai 1905.

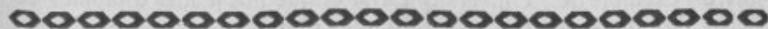
*Le Doyen de la Faculté,
M. DEBOVE.*

FÉDÉRATION DENTAIRE INTERNATIONALE.

La prochaine réunion du Conseil exécutif de la Fédération dentaire internationale aura lieu le 7 août 1905 à Hanovre, immédiatement après la réunion annuelle de la Société centrale des chirurgiens-dentistes allemands.

SOCIÉTÉ DES DOCTEURS EN DENTISTERIE GRADUÉS EN AMÉRIQUE.

La 21^e réunion annuelle de la Société centrale des docteurs en dentisterie gradués en Amérique, aura lieu à Hambourg les 10, 11 et 12 juin 1905. Le 10, réception ; le 11, séance administrative ; le 12, communications orales et démonstrations pratiques.



NOUVELLES

ECOLE DENTAIRE DE PARIS.

L'Ecole dentaire de Paris est ouverte maintenant sans interruption de 9 heures du matin à 5 heures du soir et le service de dentisterie opératoire fonctionne l'après-midi.

Toutefois les malades ne sont reçus l'après-midi au Dispensaire que sur rendez-vous, c'est-à-dire après avoir passé à la clinique du matin.

VISITES A L'ECOLE DENTAIRE DE PARIS.

L'Ecole dentaire de Paris a reçu la visite de MM. Angel Guerra, de Montevideo, président de la Société odontologique de l'Uruguay ; Lemieux et Lantier, de Québec ; Harlan, de Chicago, et Rodanet, membre du Conseil de surveillance de l'Assistance publique et maire du 2^e arrondissement.

LE DOCTORAT EN CHIRURGIE DENTAIRE.

Nous avons le plaisir d'apprendre que notre directeur, M. Godon, et le directeur-adjoint de l'Ecole dentaire de Paris, M. Sauvez, ont été nommés docteurs en chirurgie dentaire de l'Université Laval, de Montréal (Canada), et professeurs honoraires de l'Ecole de chirurgie dentaire de cette Université.

Ainsi donc ce titre, qui fait actuellement l'objet des revendications des chirurgiens-dentistes en France, est conféré depuis longtemps déjà, comme on le sait, par les Ecoles dentaires des Etats-Unis et nous comptons un certain nombre de nos jeunes diplômés qui sont allés obtenir ce titre de *doctor of dental surgery* (DDS) ; mais c'est la première fois que nous voyons une Université américaine de langue française donner ce diplôme de docteur en chirurgie dentaire, que la Fédération dentaire nationale a inscrit au nombre de ses revendications. Espérons que bientôt une Université française se décidera à

suivre l'exemple de l'Université Laval et que nos jeunes diplômés désireux d'obtenir ce titre ne seront plus obligés de traverser l'Atlantique pour aller le demander aux Etats-Unis ou au Canada.

En attendant, nous adressons nos félicitations à nos deux collègues et à l'Université Laval.

CONGRÈS DE CHERBOURG.

Nous apprenons que le Conseil de l'A.F.A.S. vient de nommer le Dr Frey, président de la Section d'Odontologie, en remplacement de M. Martinier, démissionnaire pour raisons de santé. Nous rappelons que la session se tiendra à Cherbourg, du 3 au 11 août 1905.

Et nous engageons vivement tous nos confrères, qui s'intéressent aux travaux de l'A.F.A.S., à nous apporter leurs communications et leurs démonstrations.

BANQUET.

Un banquet a été offert à M. Jenkins, de Dresden, de passage à Paris, par ses confrères américains.

Notre confrère M. Heidé y assistait.

RÉCOMPENSE.

Au banquet de l'Association des nouvellistes parisiens, qui a eu lieu le 16 mai, sous la présidence de M. Dujardin-Baumetz, secrétaire d'Etat aux Beaux-Arts, une médaille de bronze de la mutualité a été remise à notre confrère M. Rollin, pour services rendus à la presse.

ADRESSES UTILES

La ligne: 20 francs par an, } dans 24 numéros.
Lignes en sus: 10 fr. la ligne. }

- C. Ash et fils (*Fourn. gén.*) 22, rue du Quatre-Septembre, PARIS. TÉLÉPHONE 294.47.
 D^r Bengué (*Anestile*), 47, rue Blanche, PARIS.
 A. Brémant, constructeur électrique, B^eS. G. D. G. 69, rue Caumartin. TÉL. 223.93.
 Clin et C^o (*Produits pharmaceutiques,adrénaline,Tubes stérilisés à tous médicaments*), 20, rue Fossés-Saint-Jacques, PARIS. TÉLÉPHONE 806.37 — 815.84.
 J. Fanguet, Georges Clotte, s^r (*Impressions en t. genres*), 28, r. d'Engaïen, PARIS.
 Comptoir international (*Fourn. gén.*), 15, avenue Fonsny, BRUXELLES.
 Contenau et Godart fils (*Fourn. gén.*), 7, r. du Bouloï, PARIS. TÉLÉPHONE 214.53.
 Cornelisen (*Fourn. gén.*), 16, rue St-Marc. TÉLÉPHONE 218.69.
 A. Debraux, prof^r (*Cert. d'Et. exigé des dentistes*), 17, faub. Montmartre, PARIS.
 Louis (*Fournitures générales*) 8, faubourg Montmartre, PARIS.
 L. Mairlot (*Fourn. gén.*), 24, place Ste-Gudule, BRUXELLES. TÉLÉPHONE 1428.
 A. Mellottée, imprimeur de *L'Odontologie à Chateauroux*.
 P. Périé fils (*Fournitures générales*), 7, place Lafayette, TOULOUSE.
 B. Platschick (*Prothèse à façon*), 3, rue Ventadour, PARIS. TÉLÉPHONE 222.82.
 Raymond frères { 22, rue Le Peletier, PARIS.
 { Fournitures générales.) { 44, place de la République, LYON.
 { { 69, rue de la Croix-de-fer, BRUXELLES.
 { { 3, rue Petitot, GENÈVE.
 TÉLÉPHONE 312.91.
 L. Riasse (*Agent de la Consolidated D. M. Co*), 97, rue Montmartre, PARIS,
 TÉLÉPHONE 283.75.
 Victor Simon et C^o (*Four. gén.*), 54, rue Lamartine, PARIS. TÉLÉPHONE 269.45.
 Société coopér. des dent. de Fr., 45, r. de La Tour-d'Auvergne. TÉLÉPH. 255.66.
 Société Française { 58 bis, Chaussée-d'Antin, Paris { Grande exposition, au dépôt
 { de Paris, de toutes les
 { TELEPHONE 214.41. { Nouveautés dans l'outil-
 { Adr. télég. : Sociétaires. { lage de MM. les Dentistes.
 Vve J. Wirth (*Manuf. dent.*), 22-24, av. Philippe-Auguste, PARIS. TÉLÉPH. 923.48.

RENSEIGNEMENTS UTILES

La ligne: 20 francs par an, | **Lignes en sus: 10 fr. la ligne** | **dans 24 numéros.**

ALLIAGE DENTAIRE

Contenau et Godart fils, 7, rue du Bouloi, PARIS, TÉLÉPHONE 214.53.

CERTIFICAT D'ÉTUDES.

Institut des Langues et des Sciences. A. Debraux, dir., 17, fg. Montmarire. 170 élèves reçus (noms et adresses publiés) ces dernières années. Examens de 1903 : 40 élèves reçus sur 50; 1904, 38 élèves reçus sur 46. Les 4/5 du cours de 1901, 1902, 1903 et 1904 reçus. Envoi des noms et adresses des diplômés.

CONTINUOUS GUM

B. Platschick, 3, rue Ventadour (*Laboratoire spécial*). TÉLÉPHONE 222.82.

DENTS XX^e SIÈCLE

D^r Carlier, seul concessionnaire pour la France, 61, rue de Flandre, PARIS.

FOURNITURES GÉNÉRALES.

Comptoir international, 15, avenue Fonsny, BRUXELLES.

Contenau et Godart fils, 7, rue du Bouloï, PARIS. TÉLÉPHONE 214.53.

Cornelsen, 16, rue Saint-Marc, TÉLÉPHONE 218-69.

Colin Logan fils, 113, rue Réaumur, près la Bourse, PARIS. TÉLÉPHONE 288.79.

H. Ninler et Lemesle, 12, rue des Immeubles industriels.

Reymond frères { 22, rue Le Peletier, PARIS. TÉLÉPHONE 312.91.
 44, place de la République, LYON.
 69, rue de la Croix de fer, BRUXELLES.
 3, rue Petitot, GENÈVE.

Victor Simon et C^{ie}, 54, rue Lamartine, PARIS. TÉLÉPHONE 269.45.

Société coopérative des dentistes de France, 45, rue de La Tour-d'Auvergne.
TÉLÉPHONE 255.66.

Société Française de Fournitures Dentaires. { 58 bis, Chaussée-d'Antin, Paris { TÉLÉPHONE 214.47. { Adr. téleg. : Sociédents. { Grande exposition, au dépôt de PARIS, de toutes les Nouveautés dans l'outillage de MM. les Dentistes.

V^e J. Wirth, 22-24, avenue Philippe-Auguste, PARIS. TÉLÉPHONE 923.48.

RENSEIGNEMENTS UTILES

**La ligne: 20 francs par an, } dans 24 numéros.
Lignes en sus: 10 fr. la ligne }**

IMPRESSIONS EN TOUS GENRES.

A. Mellottée, imprimeur de *L'Odontologie*, à CHATEAUROUX.
J. Fanguet, Georges Clotte, successeur, fournisseur de l'*Ecole Dentaire*,
28, rue d'Enghien, à PARIS.

MATIÈRES OBTURATRICES.

<i>Amalgame Fellowship.</i> <i>L'Or Universel.</i> <i>Ciment Fellowslip.</i>	{	Société Française de Fournitures Dentaires. TÉLÉPHONE 214-47.
--	---	---

OPALINE, MEUBLES ASEPTIQUES.

L. Deglain, 88 et 92, quai Jemmapes, PARIS.

PRODUITS ANESTHÉSIQUES.

<i>Anestile.</i> Dr Bengué, 47, rue Blanche, PARIS. <i>Anesthésique Wilson.</i> Central chemical Co, 34, rue de l'Échiquier, PARIS. <i>Hypnoforme</i> (chlorure d'Ethyle spécial). <i>Chloroforme</i> , chimiquement pur.	{	<i>Chevretin et Lematte,</i> 24, rue Cau-martin. TÉLÉPHONE 245.56. <i>Anesthésique local du Dr R. B. Waite.</i> Société Française de Fournitures Dentaires. <i>Somnoforme.</i> <i>Stovaine Billon.</i>
--	---	--

PRODUITS PHARMACEUTIQUES

<i>Adrénaline Clin. Clin et Cie.</i> 20, rue des Fossés-Saint-Jacques, PARIS. <i>Ampoules MOREAU pour l'Art dentaire</i> (<i>cocaïne, tropacocaine, etc.</i>). <i>Ampoules MOREAU à la Stovaine</i> 1 et 2 cc — 2 fr. et 2 fr. 50. Paris, 5, Rond-Point de Longchamp, 45, rue de La Tour-d'Auvergne, Société coopérative. <i>Formyl-Géranium.</i> <i>Xyléna.</i> Liquide antiseptique.	{	<i>Société Française de Fournitures Dentaires.</i> TÉLÉPHONE 214-47.
--	---	--

PROTHÈSE A FAÇON.

Lalement et Coutif, 5, rue de Laborde (Travaux artistiques). **TÉLÉPHONE 550.73.**
Pauchet, 23, rue Lemercier, Paris. *Travaux soignés, prix modérés.*
B. Platschick, 3, rue Ventadour (*Laboratoire spécial*). **TÉLÉPHONE 222.82.**

**Instruments, Meubles et tous Articles dentaires d'occasion.
ACHAT et VENTE ~ LOUIS, 8, faub. Montmartre.**

TRAITÉ DE CHIMIE

Avec la notation atomique, par LOUIS SERRES, ancien élève de l'Ecole Polytechnique, professeur de chimie à l'Ecole municipale supérieure Jean-Baptiste Say. — Un volume in-8 de plus de 900 pages, avec 295 gravures sur bois intercalées dans le texte. — Prix : 10 francs. — BAUDRY et C^e, éditeurs, 15, rue des Saints-Pères, Paris.

LABORATOIRE SPÉCIAL DE PROTHÈSE DENTAIRE

ROBERT BREITHAUPT

16, rue Jean-Vaury, Paris-14^e
près de la p. d'Orléans et de la gare de Montrouge
SERVICE TRÈS RAPIDE POUR PARIS ET LA PROVINCE
Travail très soigné et garanti. PRIX MODÉRÉS

X
LABORATOIRE
SPÉCIAL DE PROTHÈSE
B. PLATSCHICK
SERVICE TRÈS RAPIDE pour la PROVINCE
3
RUE
VENTADOUR
PARIS
222-82. Téléphone, 222-82.

Recommandé : Institut des Langues et des Sciences.

Certificats d'Études exigés des candidats au grade de Chirurgien-Dentiste

187 élèves reçus de 1897 à 1904 dont 18 en 1903 ou 1904, moyenne : reçus 90 0/0 des élèves présentés
200 FR. DU 9 NOVEMBRE A JUILLET, 2 HEURES PAR JOUR

Cours 4^e partie, du Baccalauréat de 2 h. à 4 h. tous les jours : 450 fr. l'année scolaire

Directeur : A. DEBRAUX, 17, faub. Montmartre, Paris

Pension avec chambres particulières, prix modérés.

En vente à l'Ecole Dentaire de Paris :

CATALOGUE de la BIBLIOTHÈQUE
de l'Ecole Dentaire de Paris

Par E. BONNARD, avec la collaboration de J. DE CROËS
Prix : un franc. (Port en sus 0,30.)

Comptoir international

D'ARTICLES DENTAIRE

et Maison LEMORL réunis

Dépôt des meilleures marques
15, Avenue Fonsny, 15
BRUXELLES

Photomicrographie histologique et bactériologique

Par J. CHOQUET,

Chirurgien-dentiste D. E. D. P. de la Faculté de Médecine de Paris.

Préparateur à l'Ecole dentaire de Paris

200 pages, 100 gravures et 8 planches en phototypie

Charles MENDEL, éditeur 118, rue d'Assas, PARIS. Prix : 6 francs.

L'administration de L'ODONTOLOGIE,

possédant des collections presque complètes depuis la fondation du journal (Juin 1881), peut céder à ses lecteurs les numéros dont ils ont besoin.

P. DENNINGER

47, rue des Batignolles, 47
PARIS

PROTHÈSE à FAÇON

Fournitures générales pour dentistes.
Spécialité de pièces en or et BRIDGE-WORK

L'ODONTOLOGIE

L'Odontologie est une TRIBUNE LIBRE, où toutes les opinions peuvent se produire; les signataires gardent l'entièbre responsabilité de leurs appréciations.

Travaux Originaux

SUR LE DIAGNOSTIC DE L'ORIGINE DENTAIRE DANS LES SINUSITES

Par M. E. Sauvez,

Professeur à l'École dentaire de Paris.

(Communication à la Société d'Odontologie de Paris, séance du 29 avril 1905.)

Je voudrais, dans cette communication, montrer comment, à mon avis, doit se faire l'examen des dents du maxillaire supérieur, lorsqu'il existe une sinusite, pour pouvoir déduire de cet examen, s'il est possible, que la sinusite est d'origine dentaire. Je ne m'occupe que de ce point et non d'examiner si la sinusite est causée par une complication d'arthrite alvéolo-dentaire d'origine pyorrhéique ou par les infections diverses de la région gingivo-alvéolaire. Ces deux questions doivent, suivant moi, être traitées tout à fait à part.

Je vais m'efforcer de préciser, en disant quelques mots sur la marche de la collection purulente consécutive à une arthrite suppurée secondaire à un 4^e degré, qui évolue du côté du sinus.

Ou bien elle soulève la muqueuse sinusienne, et, la refoulant devant elle, parvient à occuper la plus grande partie de la cavité du sinus : c'est la conception des faux abcès du sinus.

Ou bien encore la collection n'a pas le temps de soulever la muqueuse et fait brusquement irruption dans la cavité du sinus, mais, si elle n'y cause point, par un trop long séjour, des lésions organisées, il n'y a pas sinusite, il y a empyème.

Ou bien, enfin, la collection étant ouverte dans le sinus, une fistule dento-sinusienne s'établit, permanente. Des lésions pariétales muqueuses, puis osseuses, apparaissent : il y a sinusite.

Dans le cas que je veux prendre pour type, c'est à ce moment que le malade va consulter le dentiste ou le rhinologue. La plupart du

temps, les phénomènes dentaires aigus sont atténués ; la question qui se pose et à laquelle je voudrais tenter de répondre est celle-ci : Est-il possible que la sinusite soit d'origine dentaire ?

Etant donné ce que nous venons de dire, on doit donc, avant tout, se rappeler que les caries du 1^{er}, 2^e et 3^e degré ne peuvent être en rapport avec la sinusite. Donc, les dents atteintes de l'un de ces degrés de carie ne peuvent être en cause et doivent être éliminées comme origine possible de la sinusite.

En conséquence, seule, la carie du 4^e degré, nettement constatée, pourrait être incriminée comme origine possible de la sinusite.

Je ne parlerai pas des complications du 4^e degré. Ce n'est d'ailleurs que par abus de langage qu'on a adopté ce mot. En réalité, il n'y a qu'une complication du 4^e degré : c'est l'arthrite alvéolo-dentaire.

Abcès, kystes radiculaires suppurés, fistules, ne sont que des complications de l'arthrite alvéolo-dentaire ; mais il est juste de dire que, dans la majorité des cas, cette dernière est consécutive au 4^e degré.

Il faut se rappeler que, dans certains cas, très rares, un rameau radiculaire peut rester vivant quand les autres sont déjà infectés très profondément. Il faut aussi porter une attention particulière aux caries sèches ; dans certains cas, une carie sèche paraît n'être pas perforante et l'on peut, cependant, pénétrer à l'intérieur de la cavité pulinaire par un pertuis extrêmement fin.

Les signes fonctionnels de carie doivent être tout d'abord recherchés ; le malade sera interrogé : Souffre-t-il ? Une réponse négative ne doit point empêcher de rechercher cependant les signes physiques, car le malade peut ne pas souffrir et présenter cependant une carie avancée.

S'il souffre, comment souffre-t-il ? Est-ce au chaud ou au froid ? Aux deux ou à un seul ? En mangeant ? Etant couché ?

Je ne veux pas compter beaucoup sur cet interrogatoire. Le symptôme douleur est tellement variable suivant les sujets, suivant les cas, que je ne tire de cet interrogatoire que des renseignements qui ne me serviront que fort peu pour mon diagnostic.

Je m'occuperai surtout de faire un examen raisonné, point par point.

Voyons donc quels sont les instruments nécessaires, nous verrons ensuite quels sont les divers moyens de diagnostic.

Les instruments nécessaires pour le diagnostic sont :

- 1^o Un miroir buccal ou laryngoscope au besoin ;
- 2^o Un manche quelconque d'instrument métallique ;
- 3^o Une ou deux sondes exploratrices fines et recourbées ;
- 4^o Une seringue de Pravaz avec eau chaude et eau froide ;
- 5^o Un thermo ou galvano-cautère et tube de chlorure d'éthyle ;

6^e Une petite lampe électrique;
7^e Un tour dentaire ou la machine à perforer des rhinologistes avec quelques forets et fraises à fissure.

Voilà pour les instruments ; voyons quels sont les moyens de diagnostic à employer :

- 1^e Inspection des dents ;
- 2^e Inspection de la gencive ;
- 3^e Palpation de la dent au moyen des sondes ;
- 4^e Palpation de la gencive ;
- 5^e Percussion de la dent ;
- 6^e Recherche de la sensibilité thermique (chaud et froid) ;
- 7^e Examen à la lampe électrique ;
- 8^e Puits explorateurs. (J'entends par là le fraisage de la dent avec oret et fraise à fissure, jusqu'à une profondeur de 2 ou 3 millimètres, analogue à l'incision exploratrice.)

EXAMEN DES DENTS DU COTÉ DU MAXILLAIRE SUPÉRIEUR INCRIMINÉ DEPUIS LA CANINE JUSQU'A LA DENT DE SAGESSE.

A. 1^{er} cas. — Toutes les dents paraissent saines.

Il faut rechercher si les dents sont réellement saines, c'est-à-dire vivantes, ou si ce n'est qu'une apparence, c'est-à-dire si la pulpe n'est pas morte.

1^e *Inspection des dents.* — Examiner, avec l'aide du miroir, si l'on voit des caries sur une face quelconque de la dent, en se méfiant des faces interstitielles ; rechercher si l'on ne voit pas à un endroit une teinte blanche, lactée, opaque, contrastant avec la translucidité du reste de la dent.

Regarder enfin si l'on trouve une dent de teinte bleutée ou noirâtre, ou encore de celle des autres dents, quelquefois même rougeâtre.

2^e *Inspection de la gencive.* — Examiner la gencive à l'aide du miroir pour voir s'il n'y a pas rougeur ou gonflement ou fistule.

3^e *Palpation de la dent au moyen des sondes.* — Rechercher, au niveau du collet, s'il n'existe pas de point sensible au contact de la sonde, et, dans les espaces interstitiels, si la sonde fine recourbée à angle droit ne pénètre pas.

4^e *Palpation de la gencive.* — On palpera la gencive avec l'index, au niveau du bord alvéolaire externe et au niveau du bord alvéolaire interne, à la hauteur des pointes des racines, pour voir si le malade accuse de la douleur localisée, ce qui indique l'inflammation possible d'une racine : il faut se méfier de la douleur non localisée qui existe souvent sur le bord alvéolaire externe et qui est souvent en concomitance avec la sinusite.

On fera cette palpation en appuyant assez fort et l'on recherchera

en même temps si l'on ne perçoit pas sous le doigt la saillie d'une petite tumeur radiculaire.

5^e *Percussion des dents.* — Cette percussion se fait au moyen d'un manche d'instrument métallique. Le son produit est clair ou mat, suivant qu'il s'agit d'une dent saine ou d'une dent morte ; cette indication est très précieuse.

On constatera aussi, par ce moyen, si une dent est douloureuse ; on se rappellera que les grosses molaires peuvent être douloureuses dans le cas de sinusite, par suite d'arthrite d'origine exo-dentaire due à la propagation de l'inflammation de la muqueuse de l'antre.

6^e *Recherche de la sensibilité thermique.* — Cette recherche doit se faire de trois façons :

a) On dirige un jet de chlorure d'éthyle ou l'on touche avec une pointe de thermo ou de galvano-cautère le collet de la dent.

b) On fait faire des bains de bouche à l'eau froide et à l'eau chaude.

c) Pour la sensibilité dans les espaces interstitiels on pousse une injection d'eau chaude et d'eau froide avec la seringue de Pravaz.

7^e *Examen au moyen de la petite lampe électrique intra-buccale.* — L'examen positif, c'est-à-dire la constatation d'une opacité nette au niveau d'une dent, est une indication utile.

L'examen négatif ne signifie rien, car on rencontre souvent des dents mortes ayant la même translucidité que les voisines au point de vue de cet examen spécial.

8^e *Puits explorateur.* — Dans le doute sur une dent en particulier, on pratiquera ce que nous appelons « puits explorateur » ; on fait une petite ouverture au niveau de la face triturante de la dent au moyen de forets bien affilés pour traverser l'émail et l'on agrandit le puits au moyen d'une fraise. On recherchera aussi la sensibilité au contact de l'instrument et la sensibilité au froid et au chaud par les moyens indiqués plus haut.

B. 2^e cas. — Des dents sont cariées et les autres paraissent saines.

a) Pour celles qui paraissent saines, procéder comme il a été indiqué dans la division A.

b) Pour celles qui sont cariées, faire le diagnostic du degré.

Est-ce une carie du 1^{er} degré ou du 2^e degré ?

La carie est petite, la gencive est saine, la dentine est sensible au curetage, la palpation de la gencive n'est pas douloureuse, la dent n'est pas sensible à la percussion, le froid surtout est redouté, l'examen à la lampe électrique ne dénote rien de particulier ; le puits explorateur est inutile.

Le diagnostic est facile, la dent atteinte de cette carie ne peut être mise en cause pour la sinusite.

Est-ce une carie du 3^e degré ?

Un symptôme domine tous les autres : la douleur intense ressentie par le malade ; la sonde pénètre jusqu'à la pulpe et provoque une douleur extrême. L'œil peut voir cette pulpe, point rouge, saignant. La carie est en général plus étendue que dans le cas précédent. L'apparence de la gencive est saine, à la vue et au palper. La percussion amène quelquefois un peu de douleur parce que l'articulation commence à s'enflammer secondairement à l'inflammation pulpaire. La douleur au chaud et au froid est très nette, parfois même plus marquée au chaud qu'au froid. L'examen à la lampe électrique ne donne aucun renseignement. Quelquefois on perçoit que le milieu de la dent a une teinte rougeâtre, le puits explorateur est inutile.

La dent atteinte à ce degré ne peut être incriminée comme cause possible de la sinusite.

Est-ce une carie du 4^e degré ?

Un symptôme domine tous les autres : la sonde exploratrice enfoncee dans la carie ne provoque aucune douleur. On pénètre dans la chambre pulpaire ; l'odeur est fétide, nauséabonde.

La carie est, en général, plus étendue que dans les deux cas précédents. La dent est, le plus souvent, bleutée ou noirâtre ; sa teinte particulière tranche sur celle des autres dents ; la gencive est souvent enflammée au niveau de la dent atteinte ; la palpation du bord alvéolaire provoque souvent une douleur ; la percussion est souvent douloureuse, la sensibilité du froid est nulle ; parfois, il persiste un peu de sensibilité à la chaleur. Amoëdo a vu dans certains cas une injection intra-radiculaire faite avec de l'eau oxygénée amener de la mousse dans le sinus et les fosses nasales.

L'examen à la lampe électrique dénote une opacité fréquente, le puits explorateur est inutile, la dent peut être la cause de la sinusite, mais ce 4^e degré n'a pu donner d'accident que s'il a provoqué une arthrite correspondante. Y a-t-il arthrite ? Oui si la dent est douloureuse à la percussion, si la gencive est rouge à l'inspection et douloureuse à la pression du doigt, enfin si la dent présente de la mobilité anormale.

Il ne faut pas oublier que tous ces signes peuvent avoir existé et ne plus exister au moment de l'examen des malades.

C. 3^e cas. — Des dents paraissent saines, d'autres sont cariées, d'autres sont obturées.

Nous avons vu ce qu'il faut faire quand les dents paraissent saines, nous avons vu ce qu'il faut faire quand les dents sont cariées, voyons maintenant ce qu'il faut faire quand les dents sont obturées.

a) Si l'inspection de la dent montre une teinte ardoisée ou bleue, si l'inspection de la gencive montre une rougeur, un gonflement ou une fistule, si l'on constate l'insensibilité absolue avec la sonde au

niveau du collet, si la palpation de la gencive dénote une douleur ou la saillie d'une petite tumeur radiculaire, si la percussion est douloureuse ou donne un son mat, si la sensibilité au froid ou au chaud est nulle, si l'examen à la lampe électrique dénote une opacité nette, la dent obturée est un 4^e degré ; on doit la désobturer immédiatement pour affirmer le diagnostic.

b) Si aucun des signes précédents n'existe, on se reportera aux indications que nous avons données dans le premier chapitre A ; on n'hésitera pas à pratiquer un puits explorateur, que l'on fera naturellement dans l'obturation.

Je me suis efforcé de montrer sur quels points doivent porter les investigations du médecin ou du dentiste qui se trouve en face de la question suivante : Il existe une sinusite ; est-il possible qu'elle soit d'origine dentaire ?

Il ne faudrait pas conclure de cet exposé, que je me suis efforcé de faire très schématique pour qu'il soit net, que la clinique dentaire est d'une telle simplicité qu'un examen rapide, un court interrogatoire, puissent permettre de poser ou de rejeter le diagnostic : origine dentaire.

Les causes d'erreur sont multiples : il faut penser aux caries silencieuses qui envahissent la dentine à l'abri de l'émail, ne présentant qu'une minime perforation, invisible à la simple inspection ; il faut penser aux caries dont l'orifice est dissimulé sous la gencive ou sous une couche de tartre, aux caries dissimulées au niveau du collet et cachées par des bourgeons gingivaux, à celles surtout qui s'étendent dans un espace proximal, inaccessibles à l'œil, difficilement accessibles à la sonde, invisibles au miroir, etc., etc.

Vous ne serez donc point surpris que je sois absolument d'avis qu'un malade atteint de sinusite doit subir l'examen du dentiste. Il est nécessaire de connaître parfaitement l'anatomie dentaire et d'être habitué à examiner des dents pour faire un diagnostic certain, indépendamment de la question des instruments.

Je pense cependant qu'il est utile, non seulement pour le dentiste, mais aussi pour le médecin, de donner les bases d'un diagnostic que je me suis efforcé de résumer.

Je pense aussi que traiter une sinusite sans commencer par regarder les dents, c'est agir à l'aveuglette : c'est vouloir s'occuper de gynécologie sans connaître l'influence de la grossesse sur l'utérus, ou mieux, s'occuper de soigner une cystite sans s'être rendu compte si le rein est sain ou malade.

Je ne veux pas, à la fin de cette communication, soulever la grosse question de la propriété du terrain du sinus par rapport aux rhinologistes ou aux dentistes.

Les premiers disent, avec quelque raison, que le sinus est une dépendance naturelle des fosses nasales ; il fait partie du système

des cavités pneumatiques du crâne : le rhinologue y entre naturellement, le dentiste y entre par effraction.

Les dentistes, d'autre part, disent, non sans apparence de raison, qu'au point de vue étiologique, parfois aussi au point de vue thérapeutique, le sinus intéresse le dentiste.

Ce dernier peut utilement préciser le diagnostic du rhinologue, il peut opportunément enlever une dent causale, etc.

La conclusion logique est que les deux spécialistes doivent se rapprocher l'un de l'autre : leurs sociétés scientifiques et leurs journaux devraient être moins étrangers les uns aux autres ; leurs spécialités ne sont séparées que par un mince mur mitoyen, percé parfois d'un orifice qui fait communiquer les deux propriétés. Ils doivent donc vivre dans des rapports, non seulement cordiaux, mais de voisinage aimable.

LA MALADIE DITE DU CAOUTCHOUC

Nous avons reçu la note suivante de M. B. Platschick au sujet de l'article de M. Maurice Roy que nous avons publié dans notre dernier numéro.

Un point controversé sur la nocivité du vermillon employé pour la coloration du caoutchouc.

L'article ainsi intitulé dans notre numéro de mai du *Laboratoire* nous a valu, outre quelques lettres de divers correspondants, une remarque du Dr Roy dans un Mémoire publié sur ce même sujet dans le numéro du 30 mai de *L'Odontologie*.

Le Dr Roy écrit page 535 :

« M. Platschick, en terminant son article, donne son opinion personnelle au sujet de cette question controversée ; il pense que l'altération de la muqueuse, signalée par les auteurs comme imputable au caoutchouc, serait due à l'irritation produite par la surface rugueuse de l'appareil sur la face en contact avec la muqueuse palatine » dans les légers mouvements de déplacement de l'appareil au cours de la mastication ; il propose comme remède le polissage de cette face de l'appareil en contact avec la muqueuse palatine. »

A vrai dire, ce n'est pas notre opinion personnelle, mais celle de Parreidt, dont nous avons reproduit l'argumentation, ainsi que nous l'avons indiqué page 440 du « *Laboratoire* ».

Nous croyons toutefois que M. Parreidt n'était pas d'avis de faire du côté de la muqueuse un polissage proprement dit analogue à celui du côté lingual, à moins qu'il ne fût obtenu par cuisson de l'appareil sur un moule métallique ou sur un moule en plâtre couvert d'une feuille métallique.

B. PLATSCHICK.

APPAREILS DILATATEURS DES MAXILLAIRE

Par M. de CROËS,

Professeur suppléant à l'École dentaire de Paris.

(Communication à la Société d'Odontologie de Paris, séance du 29 avril 1905.)

Les appareils de dilatation proposés jusqu'à ce jour pour l'écartement des maxillaires atteints de diminution par déformation des arcades (atrésie) sont nombreux. M. Martinier, dans une communication faite au Congrès de 1903, en a donné une nomenclature et une description suffisante pour que nous ne revenions pas sur le travail de notre éminent collègue.

Notre but est simplement de vous présenter des appareils dont les modifications et les raisons qui nous ont amené à les apporter, pourront peut-être vous intéresser.

Les appareils écarteurs que vous connaissez, quoiqu'ils remplissent pour la plupart les conditions dilatatrices qu'on exige d'eux, peuvent être améliorés sous d'autres rapports : la fixité, l'asepsie et surtout le volume. En effet, quel que soit l'appareil que l'on choisisse, quel que soit le mode de dilatation employé, ils sont loin de posséder les qualités énoncées plus haut. Ils sont lourds, difficilement aseptisables sans être retirés, leur fixité est souvent très relative, ce dont l'enfant profite souvent au détriment du résultat, car ces appareils ont le défaut, par leur volume, la place qu'ils tiennent dans la bouche, la gène et souvent la douleur qu'ils provoquent, d'être mal supportés par nos jeunes patients.....

Si l'on envisage la construction d'un appareil extenseur, en tenant compte des idées que nous venons d'émettre, il serait nécessaire qu'il possédât les qualités suivantes :

- 1^o Qu'il permette d'obtenir la dilatation au point de diminution ;
- 2^o Qu'il ne puisse être retiré par l'enfant ;
- 3^o Qu'il soit aussi peu volumineux que possible et par cela peu gênant ;
- 4^o Qu'il soit facilement aseptisable ;
- 5^o Enfin qu'il ne s'oppose pas à l'abaissement palatin, lorsqu'il s'agit de la dilatation du maxillaire supérieur.

Il est certain que l'appareil qui réunirait toutes ces qualités d'une façon complète serait l'appareil idéal. Mais sans demander autant, car l'idéal toujours recherché n'est jamais obtenu, il est certainement possible d'apporter des améliorations sensibles aux systèmes déjà existants, tout au moins quant à l'asepsie, aux dimensions et au vo-

PLANCHE I.

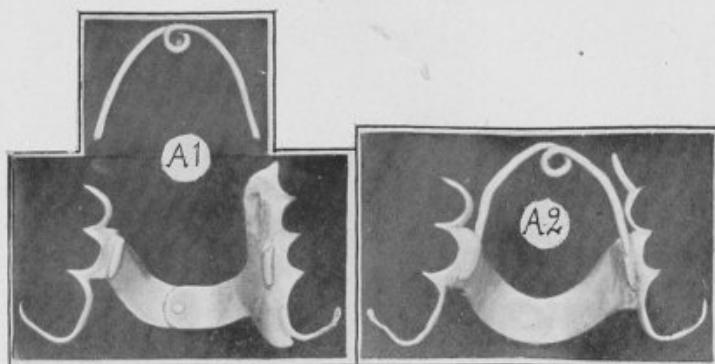


Fig. 1. — Dilatateur démonté.

Fig. 2. — Dilatateur monté.

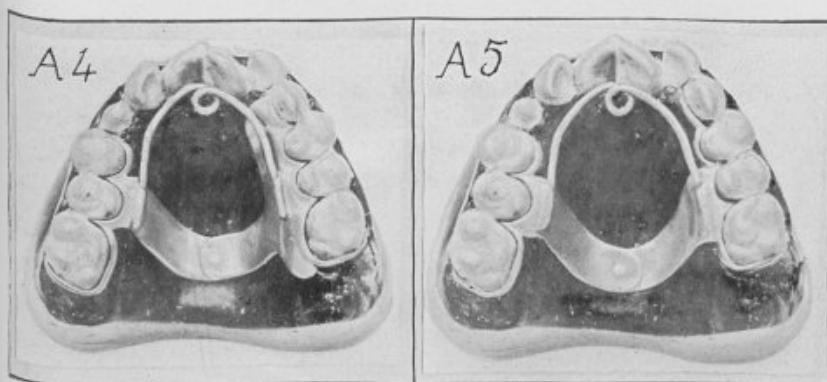


Fig. 3 et 4. — Dilatateur placé sur le modèle.

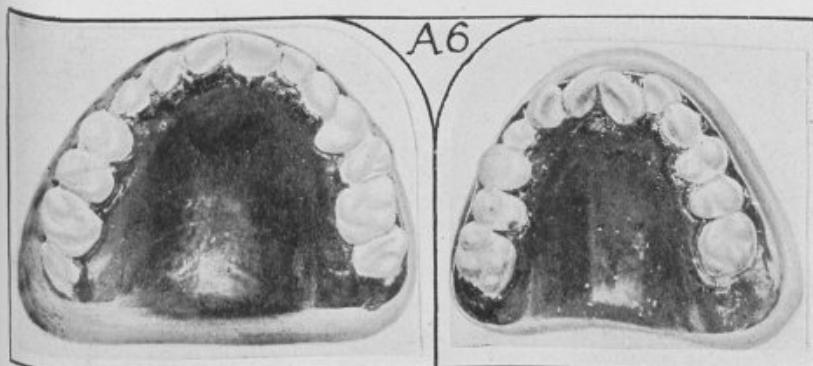
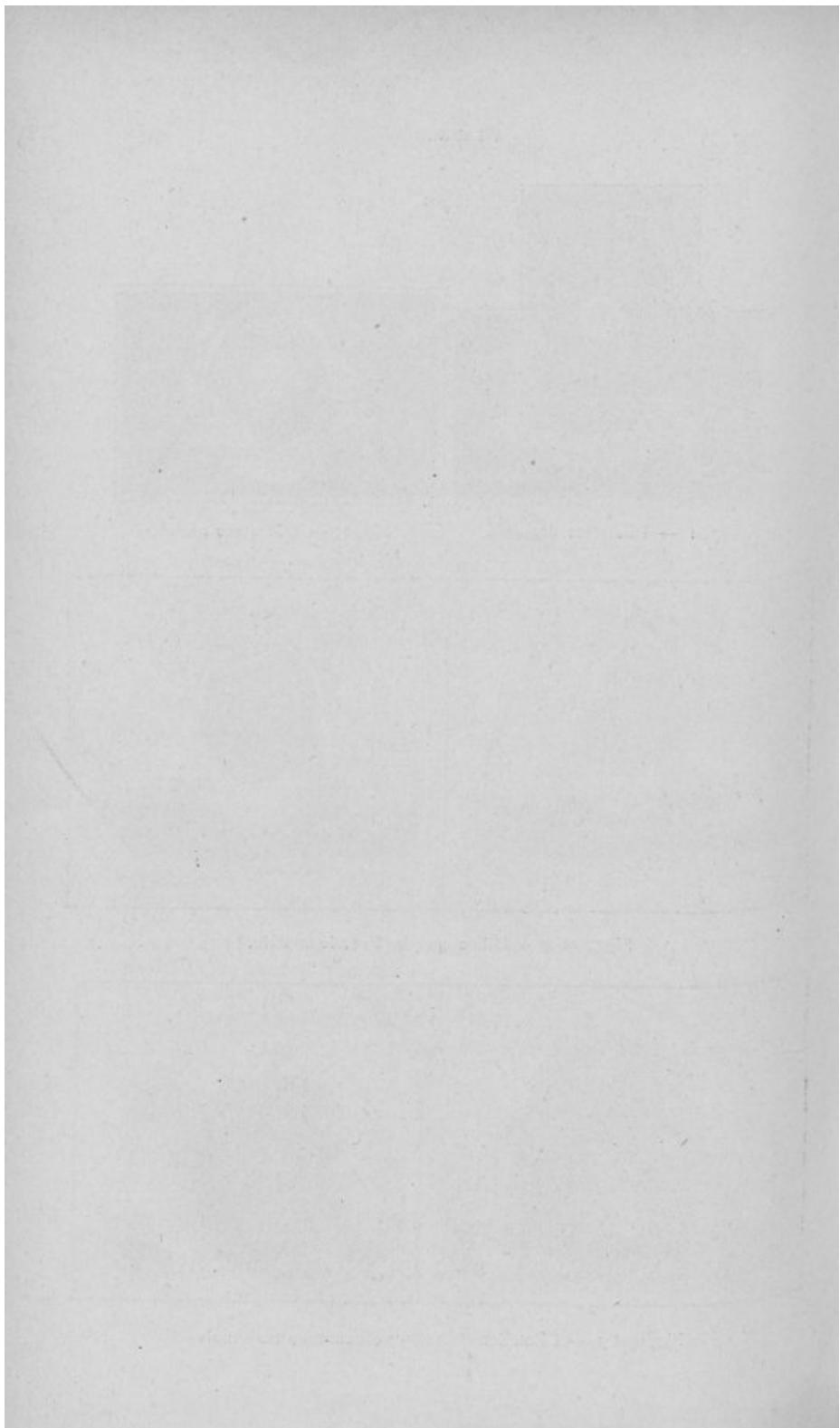


Fig. 6 et 7. — Dilatation de 15 mm obtenue en trois mois.



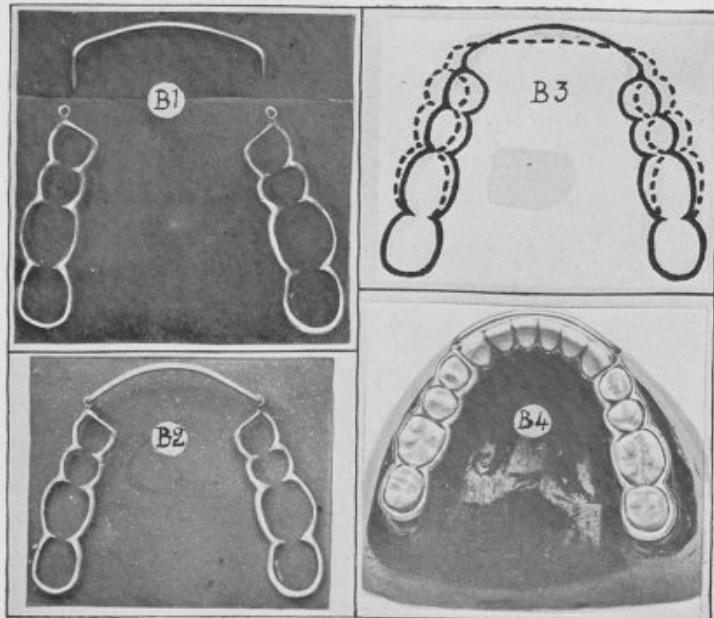


Fig. 10. — Dilatateur démonté.
Fig. 11. — Dilatateur monté, ressort externe.

Fig. 12 montrant les points de plus grande dilatation.
Fig. 13. — Appareil posé sur le modèle, ressort externe.

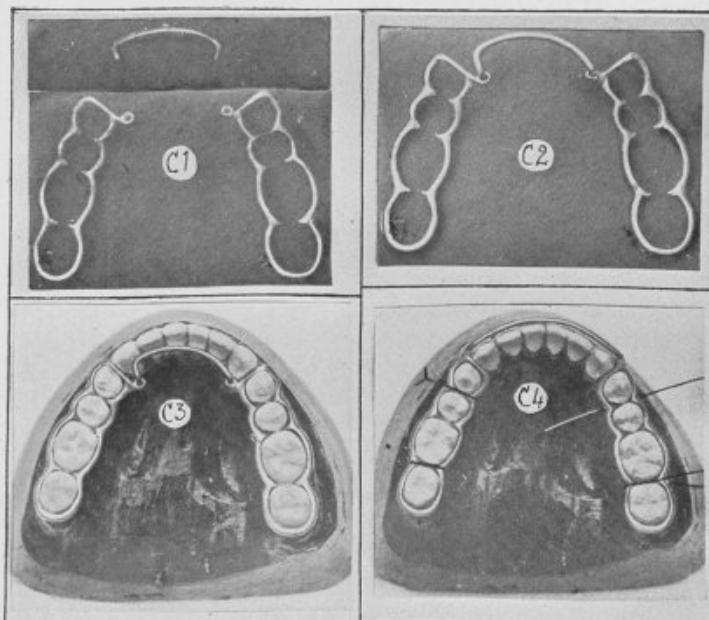
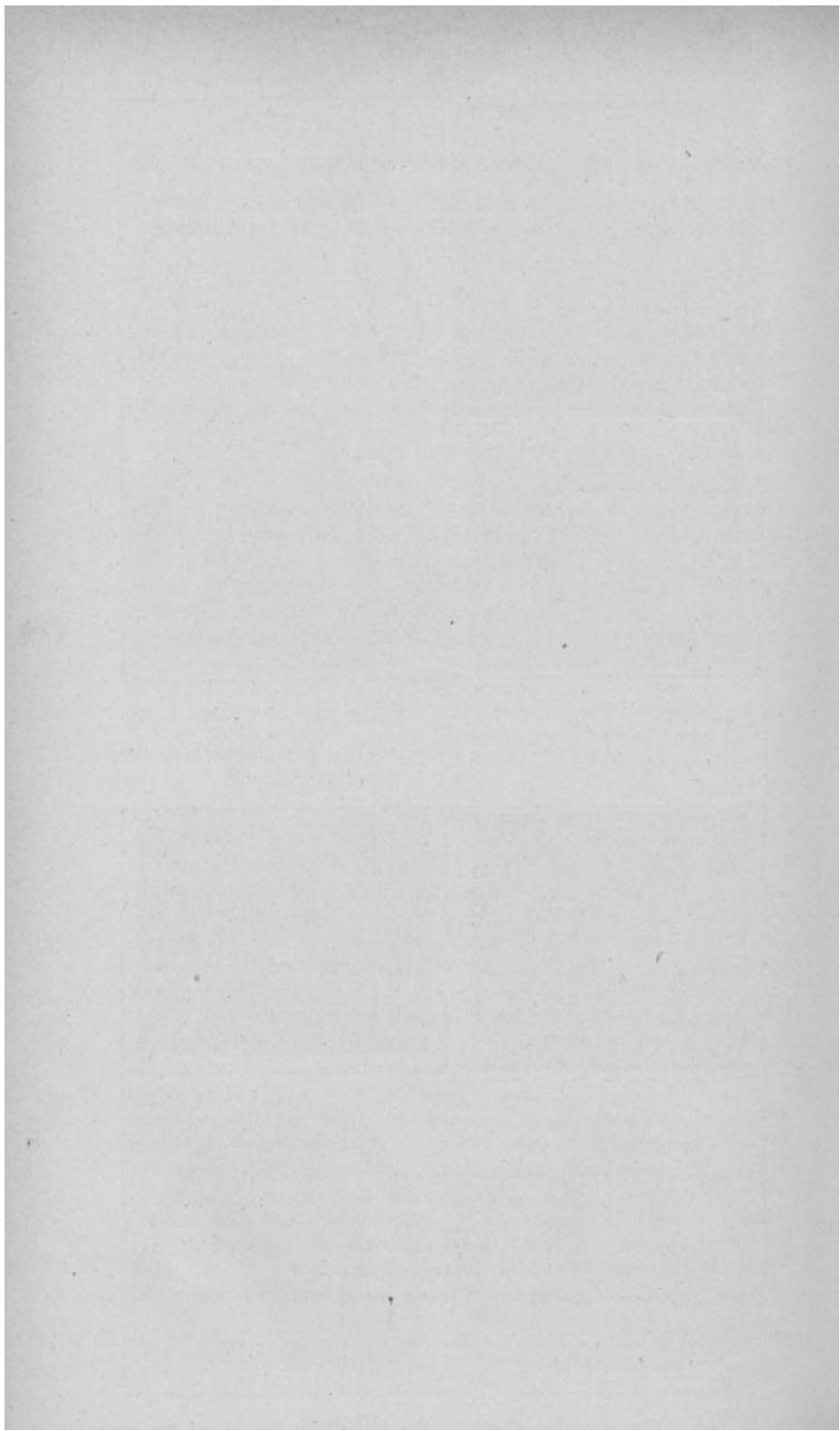


Fig. 14. — Dilatateur démonté, ressort interne.
Fig. 15. — Appareil posé sur le modèle, ressort interne.

Fig. 16. — Dilatateur monté, ressort interne.
Fig. 17. — Manière de faire les ligatures.



lume. C'est la recherche de ces améliorations qui nous a amené à combiner les deux dilatateurs qui font l'objet de cette communication.

A. — DILATATEUR DU MAXILLAIRE SUPÉRIEUR.

Nous avons, dans la confection de l'appareil dilatateur du haut, cherché la simplification aussi bien sur les moyens d'extension proprement dits que sur le corps de l'appareil lui-même.

D'une façon générale, les modes d'extension employés peuvent se diviser en :

- 1^o *Extension continue* ;
- 2^o *Extension discontinue*.

Quoiqu'il ne soit pas dans notre intention de discuter la valeur extensive de chacune de ces forces, puisqu'elles peuvent être employées indifféremment avec l'appareil que nous préconisons, nous tenons quand même à indiquer que la dilatation continue permet de confectionner des appareils s'approchant davantage de cet idéal dont nous avons parlé plus haut, par la facilité qu'elle donne d'en diminuer le volume.

L'extenseur que nous avons construit est composé de trois parties bien distinctes :

- 1^o D'un corps ;
- 2^o D'une charnière ;
- 3^o D'un ressort.

1^o *Le corps.* — Le corps est formé de deux ailes ; chaque aile est composée d'une série de crochets en demi-jonc, s'appliquant exactement aux collets des dents sur lesquelles doit s'appliquer l'effort.

Les pointes des crochets réunies deux à deux s'insinuent profondément dans chaque interstice dentaire, sous l'effort extensif du ressort, et donnent par leur pénétration la rétention absolue de l'appareil, qui ne peut être retiré tant que le ressort est en place.

En un point quelconque de chacune de ces ailes, est soudé un tube destiné à recevoir l'extrémité du ressort extenseur.

Ainsi chaque aile est donc très peu volumineuse, puisqu'elle ne comprend qu'une série de crochets très étroits.

2^o *La charnière.* — Celle-ci est composée de deux tiges ou plutôt de deux lames estampées sur la voûte palatine, qui sont soudées chacune par une de leur extrémité à une des ailes, l'autre extrémité se dirigeant dans une direction postérieure vers celle de l'autre lame avec laquelle elle se réunit pour former charnière. Ces deux lames, qui par leur réunion forment la charnière, sont suffisamment flexibles pour que, outre l'écartement que permet cette charnière, elles puissent encore suivre par leur flexibilité l'abaissement palatin.

3^o *Le ressort.* — Ce dernier en fil de piano, courbé soit en forme

d'U majuscule, soit suivant la méthode de Talbot, vient engager chacune de ses extrémités dans le tube soudé pour cet usage et qui, nous l'avons vu, est placé sur chacune des ailes.

La convexité du ressort peut être postérieure ou antérieure suivant que les tubes sont placés vers la partie antérieure ou vers la partie médiane des ailes, c'est-à-dire suivant que l'on désire dilater la partie antérieure de l'arcade seulement ou que l'on cherche au contraire son élargissement total; mais malgré tout il ne faut pas oublier que, même dans ce dernier cas, l'extension sera inégale, l'élargissement s'accentuant toujours davantage au niveau des canines et des petites molaires qu'à celui des dents postérieures.

La description de cet appareil, quoique succinctement faite, permet de se rendre compte qu'il donne la faculté de s'approcher aussi près que possible de l'idéal que nous avons entrevu.

En effet :

1° Suivant le placement des tubes porte-ressorts, il permet d'obtenir l'extension au point déformé ;

2° Il ne peut être retiré par l'enfant, maintenu qu'il est par les pointes qui s'introduisent entre les dents sous la puissance du ressort;

3° Il est aussi peu volumineux que possible, puisque l'ancien palais est remplacé seulement par une série de crochets et par cela même il est peu gênant pour l'enfant;

4° Il est facilement aseptisable, étant en métal et n'étant formé que de lames ou de demi-jonc très mince ;

5° Enfin il ne s'oppose pas à l'abaissement palatin, puisque le palais se trouve complètement libre à ces points d'abaissement.

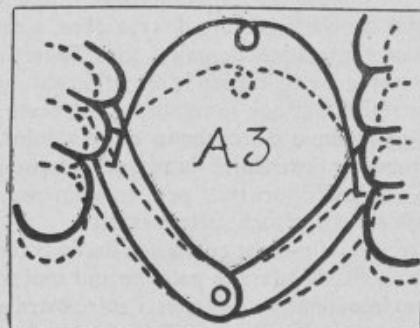


Fig. 5 montrant les points d'écartement.

Outre ces cinq desiderata que cet extenseur remplit presque complètement, il possède une autre qualité ayant sa valeur, celle de déplacer les dents en leur laissant leur position normale. En effet, dans

cet appareil, tout l'effort se produit au collet, c'est-à-dire à l'endroit le plus proche de la résistance, puisque chaque dent est enserrée seulement au niveau de la gencive, presque à son axe, par un demi-jonc très étroit qui entraîne dans sa pression, avec les dents, le processus alvéolaire dans toute sa hauteur, tandis qu'avec d'autres appareils où l'effort se produit plus près de la couronne, les dents se trouvent seulement déjetées obliquement en dehors sans que la crête alvéolaire les suive.

Quant à l'action dilatatrice de cet extenseur, elle est loin d'être inférieure à celle des autres systèmes, et les résultats obtenus pourront être, comme l'on pourra en juger, qualifiés de brillants, si nous nous reportons à l'observation ci-dessous qui nous montre des résultats qui n'ont pas encore été obtenus.

Première empreinte (22 juillet 1903).

Largeur entre les dents, 12 ans.....	43 m/m 1/2
id. 2 ^{es} prémolaires ...	38 m/m
id. 1 ^{res} prémolaires ...	36 m/m
id. canines	30 m/m

19 septembre 1903.

Largeur entre les dents, 12 ans.....	54 m/m
id. 2 ^{es} prémolaires....	53 m/m 1/2
id. 1 ^{res} prémolaires....	45 m/m 1/2
id. canines	33 m/m 1/2

L'augmentation obtenue en trois mois était donc

entre les dents, 12 ans.....	10 m/m 1/2
id. 2 ^{es} prémolaires.....	15 m/m 1/2
id. 1 ^{res} prémolaires.....	9 m/m 1/2
id. canines.....	3 m/m 1/2

Comme on le voit, ce tableau mérite d'attirer l'attention sur cet appareil, tant par les résultats d'extension que par ses qualités d'extrême accoutumance.

B. — EXTENSEURS DU BAS.

Chacun de nous connaît les difficultés inhérentes à l'extension du maxillaire inférieur, surtout lorsqu'il succède à celle du maxillaire supérieur, l'obligation de surélever l'articulation pendant la dilatation et la difficulté de retrouver après une nouvelle articulation qui ne maintient pas la surélévation articulaire, par le défaut d'emboîtement cuspidaire.

Encouragé par notre dilatateur du haut, nous avons cherché à en

construire un pour la dilatation de l'arcade inférieure d'après les mêmes principes, et qui puisse être employé concurremment avec le premier, de manière à ce que l'écartement progressif des deux maxillaires ait lieu simultanément.

Il fallait donc que cet appareil fût tellement léger qu'il fût supportable concurremment avec celui du haut.

Après avoir cherché dans les différents modèles préconisés pour l'écartement du maxillaire inférieur celui qui semblait s'approcher le plus, par sa simplicité et par son minime volume, de nos désiderata exposés pour l'extenseur du haut, nous nous sommes arrêté à l'appareil dû à l'ingéniosité de M. Douzillé, d'Agen (*Odontologie*, 1903, p. 347), en y apportant toutefois quelques modifications nécessaires pour son emploi concurrençiel avec un dilatateur de l'arcade du maxillaire supérieur.

Cet appareil, tel qu'il est indiqué par son auteur, est ainsi construit : deux gouttières, estampées chacune sur un des côtés de l'arcade, englobent les molaires et les prémolaires ; ces gouttières sont réunies par un ressort plat qui passe sur la face externe des incisives et canines inférieures, de manière que la langue ne ne trouve pas gênée par le ressort, comme dans les autres systèmes.

Cet extenseur, malgré de grands avantages, présentait les inconvénients suivants :

1^o *Les gouttières* par leur épaisseur surélevaient l'articulation, ce que nous désirions absolument empêcher, puisque nous cherchions l'écartement simultané des deux maxillaires pour ne pas déranger l'articulation ;

2^o *Le ressort* soudé aux gouttières avait le défaut de transmettre l'écartement jusqu'aux grosses molaires, et surtout même aux grosses molaires, point où généralement l'écartement est le moins nécessaire.

Les modifications que nous y avons apportées et qui sont les suivantes ont justement pour but d'éviter ces deux mouvements :

1^o Le remplacement des gouttières par un anneau repoussant exactement pour chaque côté la série de dents à écarter, prémolaires et molaires. Cet anneau possédant soudé sur chacun de ses joncs internes, à chaque interstice dentaire, une pointe destinée à s'insinuer entre les deux dents de cet interstice comme moyen retentif.

Au niveau des premières prémolaires, sur le premier anneau, de chaque côté, soudé sur la face externe dans un sens vertical, un petit tube destiné à l'introduction de l'extrémité du ressort plié à angle droit ;

2^o Le remplacement du ressort plat par un ressort possédant une force d'expansion plus grande, le fil à piano dont le numéro peut changer suivant l'effort à vaincre.

Ce ressort, épousant à peu près la courbe des dents antérieures, est courbé à chacune de ses extrémités à angle droit de manière à pénétrer dans les petits tubes qui doivent le supporter.

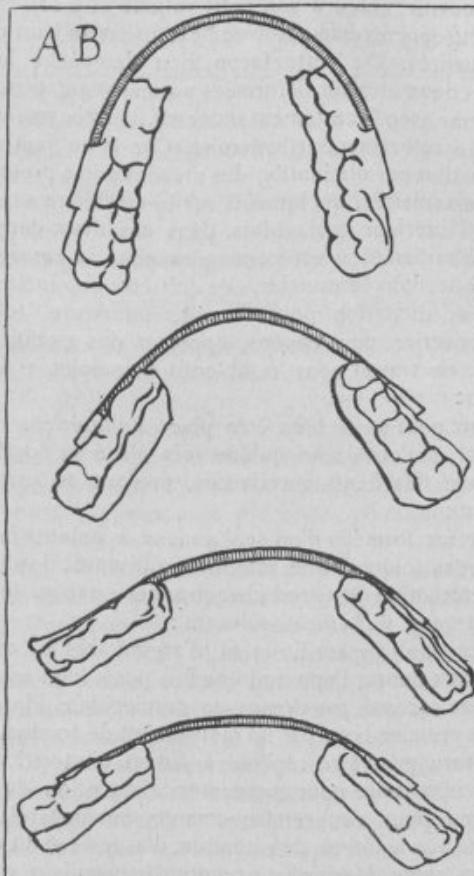


Fig. 8. — Dilatateur du bas, Modèle Douzillé.
Fig. 9 indiquant les points de plus grande dilatation avec l'appareil Douzillé.

Comme nous l'avons déjà dit, le ressort doit être légèrement plus long que l'écartement existant entre les tubes, de manière à exagérer sa courbe ; la tendance continue qu'il aura à se redresser provoquera un effort d'écartement dont le départ se fera principalement au niveau des premières prémolaires, grâce à la mobilité existant entre le ressort et les ailes qui poussent la charnière au niveau des tubes.

Ce mouvement d'écartement se continue en diminuant jusqu'à la dernière grosse molaire qui sert d'axe à ce mouvement d'expansion.

Cet appareil, avec les modifications ainsi exposées, a donc le double avantage de pouvoir, grâce à son petit volume et à son minimum de gêne, être porté concurremment avec l'extenseur du haut qui possède les mêmes qualités. De cette façon, rien n'empêche la dilatation simultanée des deux arcades déformées normalement articulées, sans déranger, comme avec l'écartement successif, l'engrènement cuspidaire et nécessiter le relèvement articulatoire. Car il ne faut pas oublier que la déformation par diminution des arcades porte presque toujours sur les deux maxillaires, quelquefois sur le maxillaire supérieur seul, rarement sur l'inférieur seul. Mais, dans ces deux derniers cas, la surélévation d'articulation est nécessaire pour le passage des cuspides, tandis que, dans le premier, elle doit être absolument évitée.

L'appareil de dilatation pour l'arcade inférieure, tel que nous venons de le décrire, peut encore supporter des modifications, suivant les cas ; ce travail nous semblerait incomplet si nous ne les décrivions pas :

1^o Le ressort peut aussi bien être placé à l'intérieur des arcades qu'à l'extérieur, si l'on a soin qu'une fois placé sa courbure forcée épouse l'arcade des dents antérieures, presque au niveau de leur bout tranchant ;

2^o Les ailettes formées d'un seul anneau à pointes intersticielles ne possèdent pas toujours une rétention suffisante ; il suffit pour augmenter cette rétention de faire à chaque anneau une ou deux ligatures avec un fil d'argent, de la façon suivante :

Avant la pose de l'appareil, un fil d'argent très fin et recuit est passé entre deux dents ; l'appareil une fois posé, le fil est replié par-dessus l'anneau repassé par-dessus ce dernier dans l'interstice dentaire et lié au premier bout par un mouvement de torsion.

Cette ligature peut être répétée à autant d'interstices dentaires qu'on le juge nécessaire pour augmenter la rétention du dilatateur.

Comme l'on peut s'en rendre compte, cet appareil possède les mêmes qualités de légèreté, de rétention, d'asepsie et d'extension que celui que nous avons décrit plus haut pour le maxillaire supérieur.

Sans vouloir rappeler en terminant le but que nous nous sommes proposé dans cette communication, sans vouloir rappeler notre entrée en matière, nous tenons quand même à dire que le dentiste, vraiment digne de ce nom, doit toujours rechercher à rendre ces appareils si acceptables qu'ils ne soient plus pour l'enfant qui les supporte, le plus souvent bien malgré lui, un objet d'angoisse et de douleur, pour un résultat souvent problématique. La conscience professionnelle qu'il doit placer au-dessus de tout fera donc au dentiste un devoir d'accomplir cette tâche orthodontique aussi humainement que possible.



SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ D'ODONTOLOGIE DE PARIS

Séance du samedi 29 avril 1905.

La séance est ouverte à 9 heures 1/4 par M. Delair, président.

I. — TRAITEMENT CHIRURGICAL DES SINUSITES.

M. le professeur Sebileau fait sur ce sujet une communication qui sera publiée dans le prochain numéro.

DISCUSSION.

M. le président. — Quelqu'un demande-t-il la parole ?

M. Levadour. — M. Sebileau voudrait-il bien nous indiquer quelles sont les solutions qu'il préconise pour faire les lavages du sinus ?

M. Sebileau. — Je crois que cela ne présente aucune espèce d'importance ; du moment que vous assurez l'irrigation de la plaie, celle-ci doit guérir. Vous pouvez utiliser l'eau bouillie, l'eau oxygénée, etc.

M. Roy. — Je voudrais féliciter M. le professeur Sebileau de la très intéressante communication qu'il vient de nous faire. Il a exposé la question d'une façon extrêmement claire et tout à fait remarquable.

Je suis très heureux, pour ma part, de voir la grande place qu'il assigne à l'origine dentaire dans les sinusites maxillaires et de le voir, comme chirurgien, confirmer ce que pensaient les dentistes : que l'origine dentaire est de beaucoup la plus fréquente, car cette notion n'est malheureusement pas assez répandue, comme il nous le disait, parmi les chirurgiens et même parmi les rhinologistes, ainsi que j'en ai vu des exemples.

Un point que je tiens à relever dans la communication de M. Sebileau, c'est la fréquence des sinusites grippales qui guérissent absolument seules. Je suis bien de cet avis, j'en ai observé un certain nombre récemment qui ont donné lieu à des odontalgies très curieuses, elles ont parfaitement guéri sans aucune intervention.

Pour les sinusites d'origine dentaire, M. Sebileau nous a bien montré la différence de mécanisme entre l'empyème du sinus et la sinusite vraie ; mais, ainsi qu'il le dit fort bien, la division la plus inté-

ressante est celle qu'il y a lieu de faire entre le sinus dont les parois sont peu altérées et celui dans lequel il y a des fongosités.

Je félicite de nouveau M. le professeur Sebileau de la très grande clarté qu'il a apportée, avec sa grande expérience, dans cette question si délicate à exposer.

M. Pont. — M. le Dr Sauvez doit nous faire une communication sur le diagnostic de l'origine dentaire dans les sinusites. Je crois qu'il y a intérêt à ce que cette communication soit faite immédiatement après celle que nous venons d'entendre, puisqu'elle embrasse le même sujet.

M. le président. — D'après l'ordre du jour, nous devrions entendre maintenant la communication de M. de Croës, mais, sur la demande de M. le Dr Pont et après acceptation de M. de Croës, je donne la parole à M. le Dr Sauvez pour sa communication.

Auparavant, je dois cependant remercier très sincèrement et chaleureusement M. le professeur Sebileau d'avoir bien voulu, après les occupations si nombreuses que vous lui connaissez, venir au milieu de nous ce soir nous faire une aussi intéressante communication. Il a mis en relief le rôle du dentiste dans le traitement des sinusites, non seulement dans le passé, mais encore dans l'avenir. Il nous a prouvé par là toute la sollicitude qu'il porte à l'art dentaire en particulier depuis que, presque seul parmi les chirurgiens des hôpitaux de Paris, il s'occupe de cette branche de la chirurgie qui touche de si près l'art dentaire.

Nous le remercions au nom de la Société d'Odontologie.

II. — SUR LE DIAGNOSTIC DE L'ORIGINE DENTAIRE DANS LES SINUSITES.

M. le Dr Sauvez donne lecture de sa communication (*Voir p. 581*).

DISCUSSION.

M. le président. — Quelqu'un demande-t-il la parole sur les deux communications que vous venez d'entendre ?

M. Sauvez. — Je voudrais poser une question à M. Sebileau. Quand le sinus est cureté, que deviennent les petits rameaux vasculo-nerveux situés dans l'intérieur de la cavité, rameaux qui sont souvent abrités par de petits ponts osseux, mais qui quelquefois aussi courent sous la muqueuse et se rendent aux dents ? Je ne sais si ce curetage ne pourrait pas amener la mortification de la pulpe des dents. M. le Dr Sebileau n'a-t-il rien remarqué à la suite de ses interventions ?

M. Sebileau. — Je les connais certes bien ces petits rameaux vasculo-nerveux, mais je n'y fais aucune espèce d'attention. Je n'ai jamais rien vu de ce que vous me dites, mais je ne puis cependant pas

dire qu'il n'y ait jamais rien eu, n'ayant pas eu mon attention attirée sur ce point particulier.

Un de mes élèves, compétent en matière de dents et qui a suivi mes malades, pourra peut-être nous dire quelque chose à ce sujet.

M. de Nerville. — J'ai en effet fait quelques constatations en ce qui concerne la dévitalisation des dents, consécutive à ces interventions.

La première série de malades opérés montre que les troubles déterminés par la section de ces nerfs amènent très rapidement la mortification pulaire. Une seconde série de malades montre que les dents résistent mieux, mais secondairement il y a des lésions dentaires, qui amènent une carie très rapide dans certains cas, moins rapide dans d'autres, qui déterminent la perte des dents. Je me réserve d'ailleurs de faire une communication à ce sujet d'ici quelque temps, lorsque mes observations seront assez nombreuses.

M. Sebileau. — Il faut bien que je le reconnaisse, je n'ai jamais vu de malades venir me revoir une fois guéris de leur sinusite ; il en est assurément un grand nombre que je voudrais suivre, mais je ne les revois plus.

M. Sauvez. — Il est entendu que ce n'est pas une critique de l'opération que nous entendons faire, puisque ces accidents qui se produisent par le curetage surviendraient d'eux-mêmes par le fait de la lésion. Et, dans les cas dont il s'agit, il faut cureter absolument le sinus.

M. Meng. — J'ai observé chez une personne qui avait été opérée pour une sinusite l'ébranlement de trois dents.

M. Pont. — Cette question de savoir ce qui va arriver à la suite de ces opérations, nous ne pouvons pas la discuter, puisque nous n'avons pas d'observations ; néanmoins on peut déduire directement les faits suivants.

Si le curetage a été fait très profondément, si on en est arrivé à détruire complètement la muqueuse, il peut y avoir des troubles consécutifs dits trophiques.

D'autre part, ces troubles peuvent être variables, suivant l'état anatomique de la région, suivant les individus.

En ce qui concerne la communication de M. Sebileau et celle de M. Sauvez, je crois que nous devons retenir ce point que les médecins praticiens négligent généralement les dents, non seulement pour les sinusites, mais aussi pour d'autres affections. Ils font souvent des diagnostics de sinusites, sans songer à regarder l'état des dents.

Il faudrait que cette idée fût répandue non seulement dans le public, mais encore dans le milieu médical.

Une malade m'était adressée dernièrement par son médecin, qui me disait qu'il ne voyait rien du côté des dents et qu'il s'agissait d'une sinusite nasale. Cette malade avait une carie qui était assez visible

et si ce médecin avait pris la peine de prendre un miroir et d'examiner la malade, il l'aurait remarquée aussi bien que moi.

Il y a des cas où l'on ne trouve pas de carie, mais des dents obturées. Là encore nous devons bien retenir ce fait qu'il y a des dents très bien obturées, des dents parfaites avec de belles obturations, de belles aurifications, et celles-ci causent parfois des troubles qui sont quelquefois les seules causes de la sinusite maxillaire.

Les dents de sagesse jouent un rôle important dans les sinusites.

Pour ma part, j'ai observé deux cas de sinusites maxillaires qui avaient pour l'origine les dents de sagesse supérieures.

Nous devons en résumé retenir de ces intéressantes communications que les dents doivent être examinées très attentivement, parce qu'elles jouent un rôle immense et qu'il faut se garder de dire que la sinusite n'est pas d'origine dentaire, parce qu'il y aura une aurification qui peut cacher des troubles très graves.

J'ai observé un certain nombre de sinusites maxillaires, peut-être une quinzaine ; je les ai trouvés presques toutes d'origine dentaire.

M. Sébileau. — Je désire simplement dire deux mots pour répondre à M. Roy. J'ai été très heureux de lui voir partager les idées que j'ai sur la sinusite maxillaire. Quant aux sinusites grippales, elles se guérissent très facilement, comme il l'a dit.

Au sujet de la question soulevée par M. Sauvez, je dois dire que, s'il y a des inconvénients avec la méthode dont je vous ai entretenus, ceux-ci existent également dans toutes les autres méthodes.

Je désire ne pas endosser seul la responsabilité de ces troubles dont vous venez de parler.

Au surplus, je dois dire que ce curetage, ce traitement sont de nécessité et qu'on n'y a recours que lorsqu'il n'y a pas moyen de faire autre chose.

Je remercie mon ami Sauvez de m'avoir signalé la possibilité de ces accidents de vitalité dentaire ; personnellement je n'y avais pas songé, mais j'étudierai désormais la chose et, si vous le permettez, ce sera l'objet d'une nouvelle communication.

M. le président. — Nous remercions encore M. Sébileau de sa très savante communication ; nous n'oublierons point non plus notre ami Sauvez qui, d'une manière très scientifique, nous a parlé du rôle du dentiste dans le diagnostic des sinusites maxillaires et des causes qui peuvent déterminer ces sinusites.

Nous le remercions de la communication qu'il nous a faite, qui vient compléter celle de M. Sébileau et ouvre un champ d'études nouveau qui nous permettra à tous de suivre ses observations.

III. — APPAREILS EXTENSEURS DES MAXILLAIRES.

M. de Croës donne lecture de sa communication (voir p. 588), qui est suivie de projections pour montrer les dessins qui l'accompagnent.

DISCUSSION.

M. Roy. — Les appareils de *M. de Croës* nous montrent des résultats très intéressants, puisque *M. de Croës* nous dit avoir obtenu un écartement de 15 millimètres en trois mois. Je me permets cependant de faire quelques remarques sur ses appareils.

M. de Croës a cherché à construire un appareil peu encombrant et il y a réussi; mais est-il absolument nécessaire de faire un appareil aussi peu encombrant? Je constate que les appareils de *M. de Croës* prennent point d'appui uniquement sur les dents. Or je considère que c'est une très mauvaise chose, puisque nous savons que dans les cas analogues à celui qu'il nous présente il s'agit de malades qui ont, non seulement des anomalies dues à l'évolution des dents, mais aussi des anomalies des maxillaires. Nous savons en effet que les malades qui présentent de l'atrésie des maxillaires ont très souvent des végétations adénoïdes qui amènent ces déformations des maxillaires.

C'est donc sur ces os que doivent s'exercer les efforts, bien plus que sur les dents. Ce sont ces maxillaires qu'il faut chercher à étendre. Or, les appareils de *M. de Croës* s'appuient uniquement sur les dents, et il en résulte une action défectueuse. Je constate à l'appui de ce que je viens de dire que, sur les modèles qui nous sont présentés, les dents qui étaient dans une position verticale avant le redressement se trouvent dans le modèle redressé dans une position fortement oblique, ce qui justifie mes critiques.

Obtenir un appareil peu volumineux, c'est assurément un desiderata, mais il ne faut pas rechercher celui-ci aux dépens de l'action de l'appareil.

L'appareil de Talbot a l'inconvénient de porter trop sur les dents; l'appareil de Coffin, comme celui de Francis Jean, agit très bien à la fois sur les dents et sur les maxillaires, et avec l'un ou l'autre de ces appareils, j'ai obtenu en quinze jours des écartements de cinq millimètres.

M. de Croës évite, dit-il, de recouvrir les molaires pour éviter de surélever l'articulation, mais dans ces cas d'atrésie il y a le plus souvent nécessité, si l'on veut faire un redressement durable, de modifier d'abord l'articulation et le fait de recouvrir les dents est non pas un ennui, mais très souvent une nécessité.

En résumé, le gros grief que je fais à ces appareils, c'est de prendre

leur point d'appui sur les dents et non pas sur les maxillaires qui ont besoin d'être redressés. Les modèles présentés par M. de Croës montrent que les dents ont été déplacées d'une façon absolument oblique, ce qui justifie ces critiques.

M. Pont — Dans ces appareils de redressement, il faut distinguer : ou bien il y a atrésie du maxillaire, ou bien il y a des déformations dentaires. Il arrive souvent de voir des prémolaires supérieures qui sont en dedans ou en dehors de l'arcade, mais sans atrésie maxillaire. L'appareil qui nous est présenté doit avoir du succès dans ce cas.

Mais, s'il y a atrésie du maxillaire, je crois que ces appareils ont l'inconvénient de repousser uniquement les dents.

L'appareil de Robin, par exemple, est trop volumineux : celui-ci ne le serait pas assez. Dans ces cas-là, je crois qu'on a avantage à estamper une plaque en or qui englobe les dents aussi bien en dehors qu'en dedans et agisse ainsi sur le maxillaire et sur les dents.

M. de Croës. — Cet appareil a été construit dans le but d'effectuer la dilatation des deux maxillaires. On vient de me faire observer à l'instant que mon appareil agit beaucoup plus sur les dents que sur tout le procès alvéolaire. Je n'en disconviens pas, mais pour les autres appareils qui remplissent le palais, je ne vois pas comment ils peuvent faire le redressement, puisqu'il y a glissement.

Si vous cherchez un écartement de 15 millimètres, comme celui-ci, vous aurez exactement le même résultat.

J'ai fait quantité de redressements avec divers appareils. Je voudrais qu'on me montrât un écartement aussi grand que celui-là sans avoir de déviation des dents. Je ne crois pas que cela soit possible.

M. Levadour. — Au fur et à mesure du déplacement de vos dents, vous déplacez vos ressorts ?

M. de Croës. — Quand la dilatation est arrivée au point, on met un autre ressort.

M. Godon. — Je ne crois pas au danger, autant qu'on paraît le craindre, de l'action sur les dents. Je crois même que, s'il y a une obliquité regrettable ou un peu exagérée à la fin du redressement, l'action de l'articulation dans la plupart des cas suffit pour amener la modification du procès alvéolaire et du maxillaire qui achèvent leur évolution dans le sens produit par le premier redressement.

Il faut constater que la plupart des appareils expérimentés par nos confrères des Etats-Unis sont des appareils très légers, peu volumineux, agissant beaucoup plus sur les dents que sur l'ensemble de la mâchoire. Les résultats qu'ils obtiennent, l'évolution de l'orthodontie aux Etats-Unis, sembleraient donner raison plutôt à ceux qui font des appareils moins volumineux qu'à ceux qui recherchent des appareils plus importants. Je crois que sans nous lancer trop dans la discussion, il serait préférable de la reprendre plus largement lors d'une

prochaine réunion et d'y consacrer l'une de nos prochaines séances.

M. le président. — Etant donné l'ordre du jour très chargé, M. de Croës veut bien consentir à compléter sa communication à la prochaine séance de la Société d'Odontologie. Il nous apportera alors de nouveaux modèles nous montrant l'état de l'articulation avant l'application de son appareil et après le résultat obtenu avec le dit appareil. Par conséquent, je vous demanderai de vouloir bien suspendre la discussion qui sera reprise à la prochaine séance.

Je vais donc donner la parole à M. Platschick.

IV. — NOUVELLE MÉTHODE POUR AUGMENTER LES MOYENS DE RÉTENTION DES OBTURATIONS EN PORCELAINE.

M. Platschick fait une communication sur ce sujet. (Voir n° du 30 mai p. 549).

DISCUSSION.

M. le président. — Quelqu'un demande-t-il la parole sur la présentation de M. Platschick, dont il nous fera la démonstration pratique demain?

Vous savez tous, messieurs, que c'est au pied du mur qu'on voit le maçon. Nous connaissons tous les talents prothétiques de M. Platschick, ainsi que ses aptitudes en dentisterie; nous le remercions du souci qu'il met dans ses recherches, dans ses travaux pour rendre plus simples toutes les applications de la science à notre profession.

Je voulais donner la parole à M. Blatter pour sa communication sur l'hygiène dentaire, avec projections, mais M. Blatter me fait observer, vu l'heure avancée, qu'il céde son tour de parole à M. Hugot.

M. Hugot. — Je dirai comme M. Blatter qu'en raison de l'heure avancée vous pourriez remettre ma communication à une date ultérieure, c'est-à-dire à la prochaine réunion de la Société d'Odontologie. Je demanderai donc à M. Schwartz, de Nîmes, de bien vouloir accepter mon tour de parole, de façon à nous exposer ce qu'il a à nous dire ce soir.

M. le président. — M. Hugot, je vous remercie de bien vouloir céder votre tour à M. Schwartz. Je suis heureux que vous me donnez ainsi l'occasion de dire à tous nos frères de province qu'à la Société d'Odontologie, aussi bien qu'à l'Association et qu'à la Fédération, les dentistes de Paris sont toujours heureux de saisir l'occasion d'être agréables aux dentistes de province.

M. Schwartz. — Je remercie MM. Blatter et Hugot d'avoir bien voulu me céder leur tour de parole.

J'ai à vous faire une communication qui est d'une très grande importance pour tout le corps professionnel.

J'ai vu, il y a trois jours, dans un journal très répandu dans le Midi,

le *Petit Marseillais*, un article ayant pour titre : « Un nouveau toxique ». Le toxique, c'est, paraît-il, le caoutchouc dentaire.

J'ai lu cela avec beaucoup d'intérêt. L'auteur de cet article est M. Pierre Calmettes. Il dit que les couleurs de vermillon qui se trouvent dans notre caoutchouc se transforment, par suite de l'action des agents buccaux, des acides de la bouche, en sulfure de mercure ; d'après ce journaliste, nous arriverions presque à empoisonner nos malades.

J'ai été fort émotionné de lire pareille hérésie et immédiatement j'ai répondu à ce journal, en ma qualité d'ancien et vieux praticien, et aussi comme président de la Société des Dentistes du Sud-Ouest. J'ai envoyé cette lettre à mon vice-président qui est l'ami intime du directeur du journal en question.

Je disais dans cette lettre que, depuis 1854, époque à laquelle deux dentistes français, Ninck et Winderling, à Metz avaient imaginé de faire des dentiers en caoutchouc, nous n'avions jamais eu d'intoxication par les dentiers, de quelque couleur qu'ils soient ; il ne faut pas que le public et les journalistes de France puissent dire que les dentiers que nous fabriquons empoisonnent les clients qui les portent.

La protestation n'a pas encore été publiée par le *Petit Marseillais* jusqu'à ce jour. Je demande donc que tous les syndicats de Paris ou de province s'associent pour réclamer la rétractation officielle de la note qui a été publiée par M. Pierre Calmettes.

Je pense donc que vous vous unirez à moi pour protester avec la plus grande énergie contre cette assertion¹.

M. Sauvez. — Je m'associe à la proposition de M. Schwartz et je crois que la Société d'Odontologie pourrait s'occuper de cette rétractation par la voie de la presse.

M. le président. — La protestation véhémente de M. Schwartz est prise en considération par la Société d'Odontologie et le bureau s'occupera d'obtenir la rectification qu'il demande.

Je dois remercier M. Schwartz, qui est un des plus vieux praticiens de France, et aussi d'une famille de dentistes, puisqu'il a eu dans sa famille le propagateur de l'emploi du caoutchouc en art dentaire. Ninck, en effet, a été le premier à employer le caoutchouc dans notre art et vous savez tous combien le caoutchouc nous a été utile depuis lors.

Je dois associer le nom de M. Schwartz au nom de Ninck, attendu qu'aussi bien que Ninck il a participé à nos recherches et travaux dentaires et il a si bien travaillé qu'il est aujourd'hui un des dentistes non seulement des plus réputés du monde dentaire en France,

1. On a vu dans notre dernier numéro que la réponse de M. Schwartz a été publiée par le *Petit Marseillais* dans son numéro du 28 avril. N. D. L. R.

mais encore des plus honorés de la clientèle et du monde médical.

Monsieur Schwartz, je vous remercie au nom de la Société d'Odontologie.

Avant de lever la séance je veux remercier les nombreux confrères de province qui nous ont fait le plaisir de venir assister à cette séance extraordinaire organisée par la Fédération dentaire nationale et la Société d'Odontologie.

Je vous invite tous, messieurs, à venir demain matin assister aux démonstrations cliniques qui ont été organisées par la Société d'Odontologie, et enfin, l'après-midi, à la réunion de la Fédération dentaire nationale.

La séance est à levée minuit.

*Le Secrétaire adjoint,
BLATTER.*

REVUE ANALYTIQUE

Baldwin (H.), *Obturations au ciment et à l'amalgame.* (*British Dental Journal*, 1904, p. 781.)

Il y a sept ans, l'auteur recommandait le procédé de plombage des dents qui consiste à placer dans la cavité un ciment d'oxyphosphate de zinc, puis de l'amalgame, tandis que le ciment est encore mou, et enfin à terminer par une couche d'amalgame.

On peut employer ce composé dans tous les cas où l'on jugerait bon d'employer l'amalgame ; il présente sur l'amalgame et sur le ciment les avantages suivants : 1^o on sacrifice moins de la substance saine de la dent ; 2^o il laisse une dent plus forte, moins aisément fracturable ; 3^o la douleur lors de l'excavation est moindre ; 4^o on lui doit l'interposition d'une surface non conductrice entre la dentine sensible et le métal ; 5^o il adhère à la cavité ; 6^o il est plus résistant à l'eau ; 7^o comparé avec l'amalgame, il ne communique pas à l'émail sa vilaine couleur ; 8^o il s'insère plus rapidement que l'or et plus rapidement que l'amalgame seul. Comparé au ciment seul, il est infiniment plus durable.

L'auteur n'a publié ses observations qu'après des expériences longues et variées ; le procédé a de plus le grand avantage d'être très simple.

L'auteur conseille d'employer le ciment « Harvard » et l'amalgame « Standard » (Eckfeldt et Dubois). Comme l'amalgame Standard ne se mélange que lentement au mercure, un peu d'or de Welds et de platine permet au mercure d'épaisseur.

Il est de la plus grande importance de faire sortir le mercure qui pourrait se trouver en excès dans l'amalgame : Baldwin propose d'employer le procédé Bonwill qui consiste à passer, en

pressant fortement, un tampon sur la surface libre de l'amalgame, ce dernier jouant le rôle d'une éponge, et le mercure qui y est contenu, s'y trouvant comme de l'eau dans les fibres d'une éponge, peut en être extrait.

Avant d'introduire le ciment dans la cavité, il est bon de froter toutes les parties des cavités des murs avec de l'acide phosphorique à l'aide d'une petite boule d'ouate, et de les sécher immédiatement avec de l'ouate sèche. Le ciment dès lors adhère beaucoup mieux.

Dans les cas où la cavité s'étend sous la gencive, avant d'y introduire le ciment, y placer un morceau d'amalgame mou jusqu'à la partie cervicale de la cavité, et l'y enterrer dans le ciment. Ce procédé donne d'excellents résultats.

Thompson (C.-N.), *A propos des obturations.* (*Items of Interest*, nov. 1904.)

L'auteur examine tour à tour les obturations de porcelaine, d'or et les ciments.

Il affirme que bien que la porcelaine ait été mal appliquée et ses mérites surfacés, elle occupe encore une place dans nos procédés qui ne peut lui être substituée.

With tous ses défauts, la porcelaine a été acceptée comme la réalisation la plus complète de l'idéal désiré pour les six dents antérieures ; quand ce ne serait qu'au point de vue esthétique on comprend qu'il en soit ainsi. Avant de donner à la porcelaine la forme qu'on veut lui donner, et au moment du travail qui précède la fusion, on a découvert une amélioration quant à la couleur, en employant des couleurs bleu émail, montrant qu'à travers le blanc il est possible de produire par

réflexion ce que l'on appelle « intense lumière » qui donne une apparence naturelle aux bicuspidés et molaires.

La fusion des corps de porcelaine est accompagnée de deux phases distinctes de changement dans la forme du morceau en construction. Le premier, le plus généralement cité, est la diminution de volume due aux particules tenues séparées et se réunissant tandis que la masse est en fusion ; le second, un rétrécissement de la masse tandis qu'elle se refroidit, ce deuxième est le plus fâcheux.

Les manufacturiers de dents comparent $\frac{1}{5}$ de la masse pour la réduction. Nous pourrons compter quelquefois $\frac{1}{3}$.

Je vais indiquer un procédé qui ne laisse rien à désirer s'il est attentivement suivi.

Placer comme base du plombage une fondation d'un corps d'un point de fusion élevé, de façon à prendre la place de la dentine perdue ; puis avec un instrument fin et aigu diviser la porcelaine presque jusqu'à la matrice et la mettre en fusion, la reporter dans la cavité, et la tenir exactement et rapidement dans son domaine, avec un instrument à fendre le plombage jusqu'à la matrice de façon à le presser solidement contre les parois des cavités ; introduire de la porcelaine en fusion dans la crevasse ouverte et brûler les contours ; remplir le reste de la crevasse jusqu'au débordement avec une porcelaine à non moins haut degré de fusion. Prendre soin de brûler la matrice et les rebords jusqu'à ce qu'ils soient recouverts de porcelaine.

Il est considéré comme nécessaire d'introduire le plombage terminé dans la cavité à l'essai avant de terminer, de façon qu'au cas où la chose serait nécessaire elle puisse être mise en forme et fondu à nouveau avant de se fixer.

Aurification.

A cause de sa couleur, l'or doit s'employer surtout pour obturer les larges cavités des dents postérieures, et de préférence aux couronnes ; il est bon de l'employer pour réparer les molaires cassées et les bicuspidés.

Pour de petites cavités l'emploi de la feuille d'or est indiqué, à cause de la facilité et de la rapidité de l'opération, et de plus la quantité d'or employée n'est pas assez grande pour transmettre la chaleur ; mais si la cavité est grande, le plombage doit être préféré. Lorsque les cavités deviennent très grandes, il faut remarquer cependant que les plombages sont désagréables à cause de leur pesanteur métallique, lorsqu'on les emploie dans des dents vivantes.

Le plombage d'or creux a plusieurs mérites, le plus important c'est que l'application en est plus parfaite, il est moins coûteux, puisqu'on emploie moins de métal, et pour la même raison il est plus confortable, parce que l'espace creux est en face la partie vitale de la dent.

Les ciments.

On a songé à n'employer le plombage d'or que pour recouvrir et protéger un plombage de ciment de l'usure et de la désagrégation.

Des expériences soigneusement faites prouvent qu'il est très difficile de presser du ciment entre deux surfaces plates d'un diamètre de 0 m. 015 ; moindre que 1-1000 de 0 m. 025, et la poudre de ciment doit être mouillée spécialement pour donner ce résultat.

Etant donné ceci, tous les plombages de porcelaine ont une couche de ciment d'une épaisseur de 1-1000 de 0 m. 025 entre le plombage et la cavité. C'est là le point vulnérable des restaurations par la porcelaine, et tandis que le ciment semble durer sur les surfaces axiales, il s'use rapidement sur les surfaces occlusales, parce qu'il est suffisamment épais pour présenter une surface qui peut s'user.

Avec le plombage d'or la chose est différente, car le plombage ne repose pas sur le fond de la cavité, puis parce que nous pouvons brûler les rebords amincis du plombage d'or, tandis que le ciment est encore plastique ; il est possible de sceller le ciment parfaitement. La mastication martelle les rebords de l'or en même temps que le ciment s'use.

Nous recommandons la porcelaine pour le plombage des dents postérieures, le plombage d'or pour les cavités qui ne doivent pas être exposées à la vue et il semble qu'il faut aussi le préconiser dans le champ plus large des cavités mésio-occlusales, pour les bicuspides et les molaires.

L'emploi exclusif du plombage d'or, cependant, n'est pas garanti, il ne le sera pas tant que la technique de sa fabrication ne sera pas simplifiée et que les ciments ne seront pas perfectionnés.

Scott (B.-S.), Nervocidine. (*Dominion Dental Journal*, p. 568, 1904.)

La nervocidine est fort employée à l'heure actuelle en dentisterie pour insensibiliser les nerfs. Au contraire de l'arsenic qui détruit les tissus auxquels on l'applique, ce produit semble simplement paralyser les fibres qui transmettent la sensation, et qui tôt ou tard, lorsqu'elles ne sont plus soumises à l'action de ce produit, reviennent à leur condition normale.

D'après ce qu'en a dit Dr Theodore Soderberg d'Australie dans le « Cosmos » du mois d'août 1903, la nervocidine est une poudre jaune dont la formule n'a pas été complètement déterminée, mais qui contient du NCHCL ; c'est un alcaloïde tiré de l'écorce de la plante gasubasu, il est très soluble dans l'eau, et légèrement soluble dans l'éther et l'alcool.

Nous avons dans la nervocidine un anesthésique qui, au point de vue de la durée, laisse loin derrière lui les autres produits.

Des expériences faites sur les lapins et les chiens montrent qu'il suffit pour produire la mort de la soixante quinzième partie d'un « grain ».

La nervocidine produit l'anémie de la pulpe et par conséquent n'est pas capable de décolorer la dentine de l'infiltration du sang, ennui qui accompagne souvent l'application de l'arsenic.

Le chlorure de zinc ou la potasse caustique donnent lieu pendant leur action à une douleur vive; l'application de la nervocidine sous la forme du

ciment n'est accompagnée que d'une très légère douleur. Le ciment se fabrique de la façon suivante :

Dissoudre du sulfate de zinc dans de l'eau, ajouter de la gomme arabique et remuer, laisser reposer pendant vingt-quatre heures et passer, ajoutez dix grains de nervocidine et de cocaïne ; comme poudre employer l'oxyde de zinc non calciné.

Des expériences nombreuses ont montré l'efficacité de ce produit.

Il est bon de l'employer sous la forme de ciment pour les dents des jeunes enfants dans le cas d'extraction.

Le Dr Titus dit avoir fait usage de la nervocidine pendant six mois et l'avoir trouvée d'un grand secours.

Le Dr Lemley l'a trouvée irritante pour la pulpe dentaire et l'emploie couverte de gutta-percha.

Le Dr J. Close la préconise pour les caries dentaires chez les jeunes enfants.

Kümmel (Dr H.), La question de la carie circulaire consécutive à la tuberculose chez les enfants. (*Corr. Blatt für Zahnärzte*, oct. 1904. Berlin.)

Il n'est pas facile d'établir la relation entre les cas de carie circulaire, souvent observés chez les enfants, et les altérations rachitiques, tuberculeuses ou scrofuleuses. La carie circulaire s'annonce d'abord par une coloration verdâtre du collet, la dent est attaquée de tous les côtés en même temps, un anneau carié se produit, l'émail se détache et la dentine apparaît.

Cette destruction se manifeste déjà dans la période de l'éruption des dents ; Meyer et Neumann l'ont constatée chez les enfants de deux à quatre ans.

Il est certain que les enfants rachitiques ont une forte prédisposition à la carie, on ne peut cependant dire si c'était la carie qui cause la tuberculose, ou la tuberculose la carie.

Meyer conclut que :

1^o La carie circulaire est produite par de graves altérations de l'orga-

nisme, comme la scrofule tuberculoise et le rachitisme ;

2^e Dans certains cas douteux, la carie peut servir comme moyen d'établir un diagnostic ;

3^e La carie est le produit direct de la « fermentation acide de la salive ». (Neumann.)

Logan (D.-L.). *Un cas d'orthodontie.* (*British Dental Journal*, 15 mars 1905. Société Ecossaise d'Edimbourg, 15 décembre 1904.)

En exposant ce cas, je n'ai pas la prétention d'avoir fait une découverte remarquable soit au point de vue de l'irrégularité particulière que ce cas présentait, soit au point de vue de la méthode de traitement par laquelle cette irrégularité fut corrigée. Il me servira néanmoins de prétexte pour faire quelques propositions au sujet de l'orthodontie en général, et la discussion de cet exposé sera, je l'espère, instructive.

On m'amena le malade, un jeune garçon de 13 ans, pour me demander mon avis au sujet de ses dents de devant de la mâchoire supérieure, que sa mère trouvait un peu irrégulièrement placées.

L'examen de la bouche et la comparaison attentive avec des modèles, révélèrent que les incisives latérales de cette mâchoire rentraient à l'intérieur de la bouche, se trouvant en arrière des incisives centrales, de sorte que leurs surfaces « mésiales » correspondaient au centre des incisives centrales. Elles étaient maintenues dans cette position par les canines et les dents qui se trouvent en arrière de celles-ci. L'occlusion révéla une superposition étendue, avec un dérangement de l'articulation dû à l'extraction des premières molaires inférieures quelques années auparavant.

En réfléchissant au mode de traitement à suivre, j'en trouvai deux possibles : le premier, qui me parut préférable, était une extension simultanée de la mâchoire supérieure et de la mâchoire inférieure, dans la région des premières molaires ; le deuxième était l'extraction des deux premières

molaires de la mâchoire supérieure. J'adoptai le dernier système parce qu'il ne semblait pas y avoir beaucoup d'espoir d'une bonne articulation après l'extension des deux mâchoires, les plus basses des premières molaires étant absentes, et les parents un peu hésitant au sujet du temps et de la peine nécessaire pour une extension des deux mâchoires. Les deux premières molaires furent extraites le 21 juin et le 6 juillet, des cercles d'or avec des crochets furent fixés aux canines et aux premières molaires de la mâchoire supérieure, un lien de caoutchouc allant d'une canine à une molaire de chaque côté, afin de retirer les cuspides. Le malade fut obligé d'aller à la campagne à ce moment, et je lui appliquai des anneaux de caoutchouc dont il sut très bien se servir. Je le revis le 3 septembre alors que les canines touchaient les secondes prémolaires et elles avaient évidemment occupé cette position depuis quelque temps. Le traitement fut complété au moyen d'une plaque de vulcanite, couvrant les molaires et les prémolaires, et de cales de bois, qui élargirent les incisives latérales à droite et à gauche de la ligne mésiale, et finalement les mirent sur la même ligne que les centrales. Pendant ce temps les canines étaient maintenues en place par un anneau de caoutchouc qui les reliait au côté extérieur de la plaque. Je ferai remarquer, au sujet de la rétraction des canines dans ce cas, que quoique ce fussent des dents fortes et bien formées, elles céderent très facilement à la force qu'on leur appliqua, et comme ces dents sont généralement difficiles à déplacer, le fait est assez intéressant.

En orthodontie je maintiens que toutes les dents doivent être conservées, mais si l'extraction ne peut être évitée, au moins doit-on conserver les dents de devant. Ce que j'ai vu des cas qu'on a déclaré avoir été « corrigés avec succès » et dans lesquels les incisives latérales dans certaines circonstances, et les canines dans d'autres avaient été extraites joint à la mutilation qui en résulte, si appa-

rente dans l'expression et le caractère de la physionomie ne saurait faire excuser cette extraction. Finalement, quel que soit l'appareil que l'on emploie, il ne doit pas empêcher un nettoyage soigneux des dents après les repas.

Dorrel (H.-L.). *Prothèse et esthétique dentaire.* (*The Dental Surgeon*, 1905, p. 42.)

Quand la science dentaire était dans les langes, avant qu'elle arrivât, passant par les différentes phases de sa croissance, à l'état actuel de consciente puberté, alors qu'elle luttait et s'efforçait de faire reconnaître son importance, c'était une science toute de mécanique, demandant une grande patience, de la persévérance et de l'habileté pour transformer des blocs d'ivoire durs et résistants en de confortables accessoires dentaires. La chose supposait une telle habileté que bien peu acquiéraient la dextérité nécessaire pour tailler un de ces morceaux qui devaient devenir des aides précieux à la digestion.

Ce travail des premières années, même lorsqu'on examine le plus parfait, peut à peine être appelé artistique.

Mais dans les années qui constituent son adolescence, les efforts tendirent à rendre le procédé plus simple, et, avec l'ère des dents de porcelaine, des efforts dans un sens beaucoup plus artistique devinrent possibles; une plus parfaite harmonie de couleur, de dessin, de contexture, une plus étroite ressemblance avec la nature purent être obtenues. Toutefois un sens artistique des plus développés, et de l'habileté manuelle sont absolument nécessaires pour obtenir le résultat demandé.

De nos jours, alors que la jeune science dentaire est dans toute sa vigueur, nous avons à notre disposition une substance qui certes n'est pas nouvelle, mais qui a été beaucoup perfectionnée, la porcelaine, avec laquelle les résultats les plus satisfaisants peuvent être obtenus, et dont l'application et l'usage ont été de beaucoup aug-

mentés et facilités par les inventions plus modernes des fours électriques et des chalumeaux à souder.

Le sumnum de beauté et de perfection mécanique au point de vue du travail prothétique est sans nul doute un pont de porcelaine bien construit et scientifiquement ajusté. Comme travail artificiel, c'est celui qui se rapproche le plus de la nature, mais il faut se rappeler qu'il demande au moins deux bonnes racines, pour qu'on puisse l'adapter, ces racines lui servant de soutiens. D'autres conditions doivent également être remplies, telles que le pouvoir de mastication et la santé générale des parties avoisinantes.

Il est des personnes qui n'approuvent pas le travail à pont de quelque nature qu'il soit; mais ne se peut-il pas que leur opinion soit basée sur l'ignorance, ou sur le fait qu'elles ont vu quelques ponts mal construits ou peu satisfaisants?

Faire un pont qui soit satisfaisant demande une connaissance complète des parties sur lesquelles on doit opérer et des substances que l'on doit employer, ainsi qu'une grande expérience dans leur manipulation. La porcelaine, en particulier, demande un travail manuel des plus soigneux. Elle est faite d'un mélange de silice, de feldspath, de kaolin et d'un fondant convenable. Les matières sont réduites en poudre fine, mélangées et colorées par l'addition d'un métal ou d'un oxyde métallique obtenu de la façon suivante: jaune, du titane; brun, du fer; bleu, du cobalt; gris, du platine; rose (couleur de l'émail près de la gencive), de la pourpre de cassius (argent et étain combinés avec de l'or).

Une habileté consommée est nécessaire dans le mélange de ces produits pour obtenir le résultat désiré. La poudre de porcelaine que l'on choisit doit être une variété de porcelaine dont le point de fusion doit être très élevé. La poudre doit être mélangée à de l'eau distillée, ou de l'eau qui contient un peu de gomme adragante en dissolution; on la place sur le cadre de platine préparé d'avance suivant le contour que l'on veut lui donner, on

la cuit jusqu'à ce qu'elle soit devenue du biscuit, on y ajoute un peu de pâte pour compenser le rétrécissement qui a pu avoir lieu, et finalement on la cuit au rouge, mais pas au delà, car la matière colorante blanchirait.

On a élevé des objections contre cette classe de travaux, en prétendant que le platine, qui constitue la meilleure base pour la porcelaine peut céder aux points où des pièces sont soudées les unes aux autres. Ceci est dû au fait que les soudures ont été faites en or pur, qui n'est pas assez résistant pour supporter l'effort de la mastication, et les régions les plus basses de la soudure d'or n'adhéreront pas suffisamment au platine.

Cette difficulté a été surmontée en employant une soudure composée de platine et d'or en proportions qui varient; on emploie une quantité égale d'or ou de platine ou deux parties d'or pour une de platine; cette composition fond à une température très haute, mais considérablement plus basse que celle du platine pur, et il est pratiquement impossible de souder avec le chalumeau à gaz ordinaire, il faut employer le chalumeau à gaz oxydrique. Un très beau et très ingénieux spécimen de cet instrument peut être obtenu par le chalumeau à gaz et à oxyde nitreux de J. Rollo Knapp, qui se sert de gaz de charbon ordinaire pour la flamme et d'oxyde nitreux provenant d'un cylindre ordinaire comme machine soufflante. De cette façon on peut obtenir une chaleur considérable, qui est juste suffisante pour fondre un très petit morceau de platine; mais lorsqu'on soude de gros morceaux elle n'est pas suffisante pour les fondre, et les amène seulement à un blanc si éclatant qu'il est de toute nécessité de porter des verres fumés pour se protéger les yeux.

Une propreté parfaite et une adhérence complète sont nécessaires; mais comme le platine n'oxyde pas, un fondant est indispensable. On doit prendre soin de se servir d'une très petite quantité de soudure aux endroits où elle est nécessaire, car elle coule très facilement. Lorsque des supports métalliques, des renforts sont nécessaires, il convient d'employer le platine iridié, qui est beaucoup plus résistant et supporte mieux l'effort qui lui est demandé. La soudure se fait de la même façon, mais ce métal n'a pas la même tendance à se déjeter lorsqu'il est soumis inévitablement à l'action de la chaleur. Lorsqu'on fabrique ces supports, il ne faut pas uniquement se reposer sur le bout du fil métallique comme surface de contact, mais l'enrouler par-dessus et le fixer sur le côté de la coronne, en donnant ainsi une plus large surface pour faire la soudure. Les dents ne demandent pas à être cuites, mais les épingle doivent être soudées en toute sécurité à leur fil de soutien, en employant un revêtement ordinaire et en chauffant soigneusement. Le chalumeau de J. Rollo Knapp est relié à la source de gaz ordinaire par un tube de caoutchouc, et par un autre tube à un cylindre d'oxydant d'une contenance de quatre cent cinquante quatre litres au moyen d'un joug et d'une vis de telle façon que la proportion d'oxyde nitreux et celle du gaz d'éclairage sont parfaitement réglées et parfaitement contrôlées. La flamme est réglée de façon à produire un arc interne et un petit point bleu, qui doit être dirigé de façon à ce qu'il vienne toucher le point que l'on veut souder. Lorsque la soudure est achevée et le revêtement enlevé, il est nécessaire de faire bouillir le morceau dans de l'acide sulfurique, de l'envelopper, et de le fondre d'après les quantités que nécessite la porcelaine choisie. J'ai pu seulement toucher aux points principaux renfermés dans ce travail si artistique, qui demande de la part de l'opérateur une habileté considérable, de la patience, de la persévérance et une très grande attention aux détails, mais qui, une fois mené à bien, le récompense au centuple.

Brophy (R.-G.), *Des matériaux à employer dans la construction des plaques métalliques dentaires: raison de leur emploi.* (*Items of Interest*, nov. 1904, p. 823.)

Il est bon que nous considérons

tout d'abord les propriétés qu'une matière doit posséder pour être physiologiquement compatible.

Conductibilité. Je crois qu'une substance pour être compatible avec le tissu animal, lorsqu'elle est fixée à ces tissus comme une plaque métallique leur est fixée, doit tout abord être bonne conductrice de la chaleur, et d'une basse chaleur spécifique. Ceci, à mon avis, est le caractère le plus important si l'on se place au point de vue physiologique.

Il ne peut y avoir restriction de la radiation de la chaleur du corps sans un effet physiologique, et, je pense qu'il sera admis par les physiologistes, qu'au delà d'une certaine limite la restriction d'une semblable radiation ne peut se maintenir sans des effets pathologiques.

La plaque métallique d'en haut, particulièrement, quand elle est parfaitement adaptée au maxillaire supérieur, est tenue en contact avec les tissus sur lesquels elle repose, à cause d'une complète exclusion de l'air qui se trouve au-dessous. On nous a dit que les plaques étaient tenues dans leur position par l'attraction capillaire, en présence de l'atmosphère; je me suis toujours demandé, moi, s'il ne serait pas tout aussi exact, au moins, d'appeler la force qui maintient les plaques dans leur position : pression atmosphérique. La pression atmosphérique existe certainement, quelles que soient les forces exercées.

Dans une communication faite à la société dentaire de Chicago le 15 novembre 1899 et publié dans la *Dental Revue*, volume 13, n° 11, j'ai exposé des expériences que j'avais faites pour déterminer la transmission de la chaleur, la conductibilité, la chaleur spécifique de la vulcanite et du métal. Ces expériences montrèrent que la vulcanite conduisait la chaleur beaucoup plus lentement que le métal employé, qui était l'aluminium; j'ai employé ce métal, parce qu'au point de vue du prix, c'est de tous les métaux celui qui se rapproche le plus de la vulcanite dans la fabrication des plaques, et que par conséquent cela dé-

truit cet argument que le prix des plaques de métal les met hors de pair comme emploi général.

Sachant alors que la vulcanite — et ce qui est dit de la vulcanite peut aussi se dire d'un autre composé végétal, le celulloid — conduit la chaleur beaucoup plus lentement que les autres métaux, et connaissant ce fait concomitant qu'il吸orbe et retient la chaleur à un plus haut degré, ou est d'une chaleur spécifique beaucoup plus élevée, et sachant que comme résultat de ces caractères physiques les tissus qui sont mis en contact avec eux sont constamment maintenus dans une condition de chaleur excessive à cause de l'obstacle à la radiation normale de la chaleur animale au travers, nous pouvons conclure, me semble-t-il, que dans la grande majorité des bouches dans lesquelles ces plaques sont portées, les tissus qui se trouvent au-dessous sont dans une condition pathologique; il est évident que ce manque de conductibilité est très largement, sinon entièrement la cause d'une telle condition pathologique.

Toxicité. En plaçant la conductibilité comme première condition essentielle de la compatibilité physiologique des plaques métalliques dentaires, je mentionnerai comme seconde qualité essentielle l'absence de substances constitutantes qui pourraient de quelque façon exercer des influences toxiques sur le tissu animal qui est en contact avec elle, ou indirectement par l'action chimique sur l'économie animale et physique. Il est connu que les métaux sont exempts de constituants, et que ceux que nous pouvons employer ou que nous emploierons pour les plaques métalliques sont exempts en eux-mêmes d'une telle action chimique; tandis que l'on sait également que dans les composés végétaux il existe des semblables influences.

Hygiène. Dans les caractères des plaques dentales métalliques que nous devons considérer, ce qui nous intéresse ensuite, c'est l'hygiène; il existe un lien très étroit entre l'hygiène et

la compatibilité physiologique que nous avons considérée.

Une plaque métallique non hygiénique ne peut être physiologiquement compatible. La nature se révolte contre la malpropreté. Donnez-nous la propreté absolue, une condition parfaite d'hygiène, et les bactéries sont repoussées. La malpropreté est le précurseur de toute maladie.

Quelles qualités réclamer au nom de l'hygiène dans la plaque métallique? Tout d'abord, la substance qui compose la plaque métallique doit être solide et dense, et sa surface doit être capable de recevoir et doit recevoir un fini et un poli irréprochable, afin qu'elle ne puisse retenir aucune des substances qui pourront être en contact avec elle, et elle doit être faite d'une matière pour laquelle les sécrétions de la bouche n'ont qu'une affinité minimum.

Les métaux seuls possèdent ces qualités au degré désiré. Non seulement les bases végétales ne les possèdent pas, mais sous l'action de la chaleur à laquelle elles sont soumises une fois dans la bouche, les odeurs latentes sont plus prononcées, et, par l'association avec les odeurs rejetées par les processus de fermentation des sécrétions à l'intérieur de la bouche, elles sont rendues plus intenses et deviennent intolérables.

Goslee (H.-J.), Considérations sur le travail des couronnes artificielles. (*Items of Interest*, XXVI, 11 nov. 1904, p. 820.)

Puisque l'art atteint son plus haut degré de perfection, lorsqu'il copie la nature, nous avons, par le développement de procédés qui nous ont permis dans notre champ d'action tout spécial de simuler la nature dans ses perfections et ses imperfections, substitué le naturel à l'artificial de façon telle qu'il est vraiment impossible de s'en apercevoir.

Mais tout en affirmant hautement que nous sommes capables d'accomplir semblable chose, il faut aussi avouer que beaucoup ne le font pas et n'essayent pas de le faire. Par con-

séquent, je trouve une excuse logique dans l'effort fait pour stimuler certains autres à contribuer à éléver l'art dentaire et la mécanique dentaire, et à les placer dans une sphère bien au-delà de celle du simple artisan, et à les faire se rapprocher du degré artistique auquel ils peuvent prétendre avec toutes les ressources que leur fournissent les temps modernes.

On reconnaît que la mécanique exige un degré élevé de force dans la couronne, mais reste à savoir comment l'on obtiendra ce que l'on désire.

Couronne de Richmond,

L'effort de ce côté fut marqué par une combinaison de porcelaine et d'or appelée couronne de Richmond, qui est encore beaucoup employée. Mais ce produit ne présente pas que des avantages, et ses inconvénients nombreux en ont fait proscrire l'emploi général.

Tandis que les exigences au point de vue mécanique sont satisfaites pour ce qui est de l'attachement et de la protection de la racine, le fait qui soulève des objections est qu'une couche de porcelaine d'une faible épaisseur ne peut jamais avoir la transparence nécessaire pour la faire ressembler à une dent naturelle, quand elle est placée en contact avec une surface métallique; et qu'un degré maximum de force dans son attachement pour le métal peut à peine être attendu en vertu du simple attachement fourni par les épingles.

Couronnes de porcelaines achetées toutes faites.

Ce caractère, joint au détail de construction de ces couronnes, et le désir que l'on supposait qu'auraient la plupart des praticiens d'éviter le travail qui nécessite leur fabrication, fit naître le désir d'avoir des manufactures de couronnes.

La vente considérable de ces couronnes signalée par les manufacturiers depuis leur introduction est un témoignage de la tendance de la plupart des professionnels à les employer. Ces méthodes n'offrent d'autre avantage que celui de la simplicité dans l'application.

Demandons-nous si ces couronnes achetées toutes faites présentent au point de vue de la préservation des racines les mêmes avantages que celles qui sont soigneusement construites pour chaque cas particulier. Est-il possible d'assurer une adaptation aussi sûre entre la base et la périphérie de la couronne et de la racine lorsqu'on est obligé de diminuer les dimensions de l'une pour les faire concorder avec celles de l'autre, comme on peut le faire en soudant une base métallique ? La soudure est-elle sûre par le premier procédé, est-elle garantie contre la pénétration des sécrétions de la bouche comme l'est la soudure que l'on peut obtenir dans le dernier cas ? Ne dépendons-nous pas en grande partie de cette soudure parfaite pour la durée, et les chances de protection et de préservation de la racine ne sont-elles pas aussi favorables dans la première méthode que dans la dernière ?

Ma réponse à toutes ces questions logiques, est négative, et je peux à peine croire, en présence des méthodes actuelles pour obtenir le maximum de choses exigées par la pose de dents artificielles, que l'emploi plus ou moins répandu des produits faits d'avance est une marque du progrès que fait la profession.

En vérité, il me semble moi, que l'emploi général des couronnes toutes faites par le praticien ambitieux et consciencieux de nos jours, est une habitude aussi déplorable que celle de l'emploi des prescriptions faites d'avance des médecins modernes ; et je crois que si le praticien qui est ami du progrès arrive à cette conclusion et abandonne toutes les variétés de couronnes toutes faites, excepté peut-être dans de rares circonstances, il adoptera des méthodes qui méritent plus de confiance, qui exigent des efforts plus sérieux, et qui conduisent à des résultats plus durables.

Coiffage des racines.

Pour ce qui est des exigences nécessaires au point de vue mécanique et dont dépendent la protection et la conservation de la racine, et par

suite la permanence de l'opération, j'ai déjà fait ressortir l'importance d'assurer le mieux possible la parfaite adaptation de la couronne, et affirmé que ce fait essentiel peut être obtenu seulement en posant une coiffure de métal ou base sur la partie exposée de la racine.

Ce fait, de bonne heure reconnu, conduisit à la construction de couronne à base métallique, adaptées directement au bout de la racine, et en conséquence, à l'emploi d'une coiffure l'entourant entièrement. Ce procédé fut préconisé comme moyen de porter la parfaite adhérence de la couronne et de la racine à un point où elle serait moins accessible aux sécrétions, et serait ainsi préservée de leur action pernicieuse, comme aussi dans le but d'ajouter à la stabilité de la soudure de l'une et de l'autre, et d'assurer une protection plus parfaite de la racine.

Le conseil d'employer semblable procédé a fait naître des discussions et le fait qu'il continue d'en être ainsi peut probablement expliquer l'emploi toujours croissant des couronnes achetées toutes faites.

Je maintiens désormais que si la périphérie du bout exposé de la racine est convenablement et habilement préparé — chose qui en général se fait d'une façon des moins satisfaisantes — que si une bande étroite de métal, suffisamment lourde pour retenir la forme donnée, est bien adaptée aux côtés de la racine, et que si on lui permet de passer à une courte mais uniforme distance au dedans de la marge libre cervicale sur toutes les surfaces, de façon à suivre de très près la courbure cervicale sur toutes les surfaces ainsi que la courbure cervicale de la gencive, et à ne pas se heurter à la membrane périentrale, la présence d'une bande n'offrira pas d'irritation mécanique et les objections que l'on pourrait faire à ce système de construction seront ainsi en grande partie, sinon entièrement détruites.

Dans la proportion où ces affirmations semblent être logiques, l'emploi d'une bande de la manière indiquée est pratique et recommandable, et

dans un grand nombre de cas fournit un modèle de construction qui offrira sans le moindre doute les résultats les plus permanents. Quand on ne peut pas l'adapter de cette façon, cependant son emploi est indiqué, et l'adaptation d'une simple plaque à l'extrémité de la racine offrira sans aucun doute les meilleurs moyens de satisfaire aux conditions demandées.

Couronnes de porcelaines modernes.

La construction de couronnes de porcelaine semble satisfaire aux conditions mécaniques et esthétiques.

Le développement du travail de la porcelaine, l'extension et les limites de son emploi, l'adaptabilité des composés que l'on prépare actuellement et les facilités sans cesse perfectionnées

de leur emploi, permettent à tous les praticiens d'atteindre des résultats qui ne pourraient être obtenus par aucun autre procédé.

Les avantages spéciaux obtenus par l'application des couronnes de porcelaine consistent dans la manière artistique et la facilité avec laquelle les conditions naturelles et les caractéristiques variées peuvent être simulées, outre les possibilités sans cesse croissantes d'assurer un degré de force surpassant tout autre système de construction. Pour ces raisons j'exprime cette opinion que la fabrication et l'application de couronnes de porcelaine sont destinées à devenir le procédé universel, sinon exclusif de l'avenir pour la restauration des dents antérieures.

Chronique professionnelle.

ASSOCIATION FRANÇAISE POUR L'AVANCEMENT DES SCIENCES

SECTION D'ODONTOLOGIE

**Session de Cherbourg. — 9^e Réunion dentaire
nationale.**

Mes chers Confrères,

Notre distingué collègue Martinier vient, pour des raisons de santé, de donner sa démission du Congrès de l'A. F. A. S, dont il devait présider cette année à Cherbourg la section dentaire. Le Conseil de l'A. F. A. S. m'a prié de le remplacer.

Vous savez combien je m'intéresse à nos travaux et à nos succès professionnels ; j'ai donc considéré comme un devoir de prendre en main la direction de notre Section.

Il faut que nous allions à Cherbourg en grand nombre et que nous nous efforçons tous de contribuer au succès de notre congrès. La session, qui va se tenir en août 1905, devra être au moins aussi brillante que celles qui l'ont précédée.

D'abord, nous ne sommes plus « Sous-Section » ; les efforts intelligents de nos amis et l'importance de nos travaux nous ont élevés au rang de « Section ». Cette élévation en grade n'est pas purement platonique, ses conséquences en sont considérables au double point de vue administratif et moral. Je n'y insiste pas, d'autres plus autorisés que moi l'ont déjà fait. Mais je n'en dois pas moins attirer l'attention de tous nos confrères sur la nécessité de nous montrer dignes de l'estime et de la confiance que le Conseil de l'A. F. A. S. nous a témoignées.

En second lieu, ces réunions annuelles ne nous permettent pas seulement de nous connaître, de nous apprécier et de nous instruire, mais j'entrevois en elles un moyen puissant d'éclaircir beaucoup de questions encore obscures. Apportons tous dans nos observations,

nos recherches, nos réflexions et nos discussions, cette clarté qui caractérise la science française, et j'espère que nous pourrons bientôt être fiers, devant nos confrères étrangers, du résultat scientifique de nos efforts.

Jusqu'à présent ces efforts si considérables, ainsi qu'en témoignent tous les congrès antérieurs, sont malheureusement restés encore épars ; pourquoi ne les coordonnerions-nous pas ? Nous sommes disséminés dans tous les coins de la France, mais réunis en congrès nous devons les collaborateurs d'une œuvre commune. Dans chacune des régions où nous exerçons notre art, nous observons des manifestations dentaires qui subissent des influences variables suivant la race, le climat, l'hygiène, les eaux, etc..... et nos confrères de province, ceux du moins qui ne vivent pas dans des milieux trop cosmopolites, qui professent dans des milieux plus purs scientifiquement parlant, pourraient nous apporter de bien utiles renseignements.

Pour sérier nos travaux, je proposerais de nous diviser en un certain nombre de commissions chargées de recueillir les documents et de les classer ; il y aurait la commission de l'étiologie de la carie, il y aurait celle de la polyarthrite alvéolo-dentaire, il y en aurait aussi pour l'anesthésie, pour les soins du 4^e degré et de ses complications, pour les redressements, la prothèse buccofaciale, les bridges, etc., etc..... Il pourra sembler que cette division est poussée à l'extrême, mais, pour ne pas nous surcharger, il faut une très grande division du travail ; en outre nous ne voulons pas faire de la théorie pure, de l'érudition bibliographique, nous voulons des faits précis, bien observés, nous voulons les grouper, les coordonner, les comparer, nous en tirerons des conclusions *pratiques*, quand cela sera possible.

Nous pourrions dès notre première séance à Cherbourg, composer ces groupements ; chacun aurait son rapporteur qui toute l'année resterait en relations avec ses collègues de commission et nous apporterait dès la session de 1906 le résultat de ses travaux.

Nous procéderions de la sorte à une besogne méthodique, finalement fructueuse, qui, par son caractère spécial, ne pourrait faire double emploi avec les communications et démonstrations.

Aujourd'hui il est un peu tard ; deux mois à peine nous séparent de notre réunion à Cherbourg, mais nos confrères de la Normandie pourraient peut-être commencer dès à présent par nous donner le bon exemple et nous dire ce qu'ils ont observé dans leur pays au

sujet de l'étiologie de la carie. Ils pourraient répondre simplement aux questions suivantes :

- 1^o Influence de l'âge en Normandie sur la carie dentaire ?
- 2^o Influence de la race ?
- 3^o Influence de l'hygiène alimentaire, en particulier des boissons ?
- 4^o Influence des eaux, en particulier des eaux bicarbonatées calcaires ?

D'une façon générale, les éléments de nos réunions pourraient être groupés comme il suit :

1^o Démonstrations pratiques ; nous y attachons une extrême importance, en raison de l'intérêt immédiat qui en découle pour nous tous praticiens ;

2^o Travaux originaux ;

3^o Rapports des diverses commissions scientifiques.

En somme, mes chers confrères, partisan de l'union toujours, persuadé qu'entre les hommes l'union pour la vie sera désormais plus féconde que la lutte pour la vie, je vous demande, dans notre milieu restreint, de montrer la bonne route ; unissons-nous pour nous instruire et pour nous éclairer.

Soyons en nombre à Cherbourg, faisons-y de la bonne besogne et sachons préparer nos besognes futures.

Donc à Cherbourg !

A vous tous bien cordialement,

D^r FREY.

N. B. Je tiens à avertir nos confrères que pour toutes les questions d'ordre scientifique, travaux théoriques, démonstrations pratiques, ils n'ont qu'à s'adresser directement soit à moi, à Paris, 99, boulevard Haussmann, soit à mon excellent ami, M. Georges Lemerle, 35, avenue de l'Opéra, qui veut bien pour la circonstance me servir de secrétaire.

Pour toutes les questions d'ordre matériel, ils n'ont qu'à s'adresser à l'administration de l'A. F. A. S, 28, rue Serpente.

Prière de m'envoyer le plus tôt possible les adhésions et les titres des communications et démonstrations. Nos journaux professionnels tiendront les congressistes au courant des jours, heures et lieux où se feront les différents travaux de notre Section.

Nous informons nos confrères que la Section d'Odontologie commencera le 2 août pour les travaux de la F. D. N.

EXCURSIONS.

Nous publions ci-après le programme sommaire des excursions organisées par l'A. F. A. S., à l'occasion du Congrès de Cherbourg.

1^{re} excursion. Dimanche, 6 août.

Barfleur ; phare de Gatteville ; déjeuner sur le plateau de La Pernelle (panorama de la bataille de La Hougue) ; Saint-Vaast-de-la-Hougue ; laboratoire de Tatihou ; visite de La Hougue et du Musée Goubault ; dîner à Saint-Pierre-Eglise.

2^e excursion. Mardi, 8 août.

Landemer ; Gréville ; La Hague Dick ; les tumulus de La Hague ; déjeuner au Nez de Jobourg, en face des îles normandes ; anse d'Escalgrain ; Audreville ; dîner à Landemer.

Excursion finale. Guernesey et Serk.

Pour cette excursion dont la durée sera de 2 ou 3 jours le départ aura lieu le 11 août.

Un programme plus complet et rectifié, s'il est nécessaire, sera publié ultérieurement.

IV^e CONGRÈS RUSSE D'ODONTOLOGIE

Nous avons reçu la lettre suivante de M. Klingelhofer au sujet du quatrième congrès russe d'odontologie.

Du 4 au 9 juillet 1905 (17 au 22, nouveau style) aura lieu à Saint-Pétersbourg le quatrième congrès russe d'odontologie. Cette réunion présentera la même importance que tous les congrès en général.

Le premier congrès, qui eut lieu pendant l'exposition de Nijni-Novgorod en 1896, comptait quatre-vingts membres ; le second, qui eut lieu en 1899 à Saint-Pétersbourg, en comptait deux cents, et le troisième, tenu à Odessa en 1902, réunissait trois cent cinquante membres. L'assemblée décida de se réunir en 1905, de nouveau à Saint-Pétersbourg. Le succès remarquable des congrès précédents et leurs résultats ont laissé des traces ineffaçables dans le développement de l'odontologie en Russie, et nous montrent le grand rôle que joue le congrès dans la vie de chaque membre de la profession.

La décision du Congrès d'Odessa de fonder une caisse de secours en cas de mort se trouve déjà réalisée ; les efforts pour la réorganisation et le développement des études sont la meilleure preuve de l'action du congrès.

Le comité d'organisation a la conviction la plus profonde qu'aux travaux du quatrième congrès prendront part, non seulement les anciens, mais aussi de nouveaux membres, qui, par leurs démonstrations pratiques et leurs communications scientifiques, pourront lui assurer le plus grand succès.

Les membres anciens n'oublieront jamais les beaux jours qu'ils ont passés parmi leurs confrères avec le vif désir d'élever le drapeau de l'odontologie et de le tenir bien haut.

Les démonstrations pratiques auront lieu chaque jour de 10 heures à midi. Pour permettre à tous les congressistes de les suivre plus commodément, ceux-ci seront divisés en cinq groupes, qui pourront, chacun à leur tour, assister aux démonstrations à un jour fixé d'avance. Les communications orales auront lieu de 1 à 4 heures de l'après-midi.

Le comité d'organisation invite les confrères étrangers comme hôtes d'honneur.

MM. Mamlock, de Berlin, et Albrecht, de Francfort, ont très aimablement consenti à prendre part au congrès et à faire des démonstrations. Chacun peut être sûr de la réception la plus cordiale. Dans son rapport au douzième congrès médical international de Berlin, M. Lipschitz rappelait les paroles suivantes d'un confrère russe prononcées pendant le dernier congrès : « Si vous venez chez nous, nous vous donnerons notre cœur, notre maison et tout ce qui nous appartient », et il ajoutait plus loin : « Les Russes ont rempli leurs promesses.

Nous espérons donc pouvoir saluer bientôt un grand nombre de confrères étrangers.

Un comité de dames sera, pendant les séances, à la disposition des femmes qui accompagneront leurs maris.

Je me tiens à votre entière disposition pour tous renseignements dont vous pourriez avoir besoin.

A. DE KLINGELHOFER.
Marskoi 9, Saint-Pétersbourg.

LES PRATICIENS ET LA BOUCHE¹

CONFÉRENCE DE PRATIQUE MÉDICALE²

Par M. PAUL LE GENDRE,
Médecin de l'hôpital Lariboisière.

Messieurs,

Je voudrais attirer aujourd'hui votre attention sur l'importance que présente pour le praticien l'examen systématique et minutieux de la

1. M. le Dr Le Gendre a fait aux élèves de son service cette intéressante leçon qui, sauf quelques petites erreurs de détail, contient d'excellentes choses et nous sommes heureux de voir cet exemple trop rare d'un médecin attachant à l'état de la bouche des malades une importance trop souvent méconnue.

2. Leçon recueillie par M. le docteur Gaullier L'Hardy.

bouche, non seulement lorsqu'il existe une maladie de cette région, ce qui alors va de soi, mais encore dans les diverses affections soumises à son observation. Cet examen s'impose d'ailleurs à tous les âges de la vie, qu'il s'agisse d'un nourrisson, d'un adulte ou d'un vieillard.

Chez le nourrisson, l'évolution dentaire joue un rôle assez considérable, et il est fâcheux que bon nombre de médecins encore célibataires paraissent ignorer les diverses étapes de cette évolution : ils sont exposés à recevoir sur ce point les leçons des mères, nourrices et bonnes femmes de l'entourage.

Je ne crois donc pas inutile de vous rappeler qu'en général on voit apparaître les *deux incisives médianes inférieures* entre le *quatrième* et le *septième* mois ; leur apparition est rarement antérieure au *quatrième* mois. On voit bien quelques enfants venir au monde avec une dent ; ces *dents prématurées* sont souvent rudimentaires et ne tardent pas à tomber, d'autres au contraire sont constituées normalement et persistent jusqu'au moment de la seconde dentition.

On voit apparaître en second lieu, du *huitième* au *dixième* mois, les *quatre incisives supérieures*, soit deux *incisives médianes* et deux *incisives latérales*.

Du *douzième* au *quatorzième* mois se montrent les *deux incisives latérales inférieures* et les *quatre prémolaires*.

Il se produit alors dans l'évolution dentaire un temps d'arrêt de quatre mois, puis du *dix-huitième* au *vingtième* mois apparaissent les *quatre canines*, et parmi elles les fameuses dents de l'œil si redoutées des mères. Enfin, du *vingt-huitième* au *trente-quatrième* mois on voit émerger les *quatre molaires externes*.

Lorsque l'enfant a ainsi acquis vingt dents, on peut commencer à modifier son régime alimentaire composé jusque-là de lait, de farines, et d'œufs, y ajouter un peu de viande finement divisée.

Les choses restent en l'état jusque vers quatre ans, puis entre quatre et cinq ans et demi poussent les quatre premières grosses molaires, lesquelles sont permanentes. C'est seulement après, c'est-à-dire vers six ans, que commence la chute de la première dentition ; le remplacement de la première dentition par la seconde s'étend sur une longue période de temps qui peut durer de la sixième à la quinzième année. Quant aux *quatre dernières grosses molaires*, connues sous le nom de *dents de sagesse*, leur date d'apparition n'a rien de fixe, et on peut les voir évoluer à dix-huit ans comme à une période dépassant de beaucoup l'âge moyen de la vie.

Ces faits bien établis, nous pouvons nous demander s'il existe réellement chez le nourrisson des maladies de dentition. Non, il n'existe pas de maladies de dentition, mais par contre un certain nombre d'affections peuvent survenir à l'occasion de la dentition ; je me hâte d'ajouter qu'elles sont loin d'être aussi nombreuses qu'on le supposait autrefois.

Nous pouvons d'une part assister à des phénomènes nerveux réflexes, provoqués par la douleur ; tels sont les cris, l'insomnie, et même les convulsions chez les névropathes héréditaires. D'autre part il peut exister des accidents locaux ; telle est la gingivite purement congestive

avec rougeur et gonflement de la muqueuse ; ce processus s'accompagne d'hypersécrétion salivaire et ce fait n'est pas sans importance. En effet, de deux choses l'une : ou l'enfant déglutit la salive ou bien elle s'écoule à l'extérieur ; dans le premier cas cette quantité inusitée de liquide salivaire inonde l'estomac, en dilue les sucs digestifs et il y a dyspepsie (vomissements, diarrhée) ; dans le second cas il y a encore dyspepsie, car la salive s'écoulant au dehors n'imprègne plus les aliments ; or, on sait quelle importance possède la salive pour la digestion des féculents.

La gingivite peut se diffuser et s'accompagner d'infection secondaire de la cavité buccale. A ce propos je ne saurais trop attirer votre attention sur les dangers que présentent les hochets, quels qu'ils soient ; ces objets tombent en effet fréquemment à terre, on les ramasse, on les rend à l'enfant qui les porte de nouveau à la bouche tout souillés des poussières et des microbes du sol.

Le classique bâton de guimauve, que l'on voit entre les mains de tant de petits enfants, excorie presque toujours la gencive et, malgré son apparence inoffensive, peut devenir un agent d'infection.

Que faut-il donc faire pour éviter ces complications ? Tout d'abord il faut éviter de laisser excorier les gencives ; presque tous les médecins ont renoncé à inciser la gencive au niveau d'une dent qui pointe, car c'est ouvrir la porte à l'infection ; d'ailleurs, si l'incision est faite un peu prématurément, la cicatrisation se fait rapidement et il en résulte la formation d'un tissu fibreux dur que la dent aura plus de peine à percer.

Il faudra faire des lavages soigneux de la bouche avec de l'eau bouillie additionnée de borax ou d'acide borique. On peut également utiliser le bromure de potassium, qui a une action vaso-constrictive, le safran, et même la cocaïne, en prenant pour cette dernière substance des précautions minutieuses. Vous pourrez par exemple formuler le collutoire suivant avec lequel, plusieurs fois par jour, on touchera la gencive :

Glycérine.....	15 grammes.
Eau.....	{
Bromure de potassium.....	1 —
Borate de soude	2 —
Teinture de safran.....	v gouttes.

Vous pouvez formuler en outre une solution de cocaïne au centième qu'on se gardera bien de confier aux nourrices, bonnes ou autres personnes ignorantes, et avec laquelle on pourra faire des attouchements rares, dans les périodes où l'enfant paraît souffrir le plus.

Je vous parlais tout à l'heure des convulsions provoquées par la douleur, mais il faut avoir présent à l'esprit qu'il y a des méningites qui débutent à l'occasion de la dentition ; il faut donc se défier si l'on voit les convulsions persister et se répéter, et surtout si d'autres symptômes se montrent, appartenant au tableau clinique de la méningite. Il y a des familles où il existe malheureusement une prédisposition à la méningite tuberculeuse et l'on voit fréquemment celle-ci apparaître au moment de la dentition ; dans quelle mesure cette dernière agit-

elle, comme circonstance occasionnelle ou provocatrice ? Je ne sais. Mais j'ai connu, entre autres, une jeune femme présentant un petit lupus et un sommet douteux, qui a perdu successivement deux enfants de méningite tuberculeuse pendant l'année de leur évolution dentaire, entre douze et dix-huit mois.

On est également en droit de se demander si la stomatite et l'entérite, qui peuvent survenir au cours de la dentition, ne créent pas des portes d'entrée pour des microbes capables de se localiser sur les méninges (colibacilles, pneumocoques ou autres).

Si, maintenant, nous quittons le nourrisson ou le jeune enfant pour voir ce qui se passe chez l'adulte, nous constatons que l'évolution de la dent de sagesse est loin d'être toujours bénigne. Je vous rappellerai qu'il peut y avoir de la tuméfaction de la gencive, des ulcérations gingivales et de la périostite chez les personnes dont le maxillaire est étroit, ou chez qui la dent de sagesse est mal placée ; ces phénomènes s'accompagnent souvent de trismus et l'on est alors forcé d'enlever la dent, si on le peut, pour parer aux accidents.

Mais en dehors de ces faits bien connus, on peut voir survenir des angines congestives à répétition chez des sujets dont la dent de sagesse évolue. D'autre part M. Jacquet a bien montré que cette évolution entraîne parfois la formation d'une plaque de pelade unilatérale correspondant à un territoire nerveux déterminé. Vous devrez donc rechercher une carie dentaire ou une dent de sagesse en voie d'évolution, quand vous vous trouverez en présence d'un cas de pelade inexplicable par d'autres influences nerveuses. Comme complication exceptionnelle des accidents de la dent de sagesse, je pourrais même citer la chute d'un ministère, car j'ai connu un ministre de grand talent qui, harcelé depuis quinze jours par les douleurs atroces de l'insomnie que provoquait une dent de sagesse, ne put, au cours d'une séance orageuse, dominer assez ses nerfs pour user de la diplomatie nécessaire et se fit mettre en minorité.

Nous allons maintenant étudier la carie et ses complications, et nous devons d'abord nous demander si l'on peut éviter la carie dentaire. Oui, dans l'immense majorité des cas. Cependant certaines races et certaines familles présentent à cet égard une prédisposition particulière ; d'autre part il y a des alimentations et des boissons qui paraissent exercer une influence considérable. J'ai connu une famille où il y avait plusieurs enfants ; les uns ont été élevés en Beauce, les autres en Normandie ; or, les premiers avaient tous de bonnes dents alors que les seconds ont tous eu de la carie précoce. Il est d'ailleurs établi que la carie dentaire, très fréquente en Normandie, est relativement rare en Beauce, et il est vraisemblable que dans la première de ces deux régions c'est l'usage courant du cidre qu'il faut incriminer. N'oubliez pas non plus que les substances sucrées prises en excès aboutissent à des fermentations acides qui favorisent le développement de la carie.

C'est dès la première enfance qu'il faut organiser l'hygiène de la cavité buccale ; plus tard on n'apprend pas la propreté plus que l'antisepsie et l'asepsie lorsqu'on n'a pas pris l'habitude de ces dernières dès le début de ses études. On peut dire en quelque sorte que le déve-

loppelement de l'hygiène buccale chez un peuple est une mesure de son degré de civilisation, aphorisme qui est également vrai pour les individus. Je vous citerai à ce propos quelques lignes de la curieuse autobiographie de Booker J. Washington, mulâtre américain que le président Roosevelt reçut à sa table au risque de compromettre sa popularité, et qui s'est acquis une juste illustration par une existence d'efforts consacrés à relever et à éduquer la race noire aux Etats-Unis ; or voici ce qu'il dit à propos de la brosse à dents : « Je m'appliquais surtout à montrer à nos élèves la nécessité du bain et de la brosse à dents, et pendant toute ma carrière dans l'enseignement j'ai été et je reste convaincu que la brosse à dents est un des plus puissants agents de civilisation. *L'Evangile de la brosse à dents*, comme l'appelait le général Armstrong, fait partie de notre confession de foi. Pour avoir le droit de rester élève à Tuskegee (c'est l'école fondée par Booker J. Washington pour les nègres des deux sexes), il faut avoir une brosse à dents et s'en servir. Parfois il nous est arrivé de voir des élèves ne nous apporter, en fait de bagage, qu'une simple brosse à dents. Ils avaient appris par d'anciens élèves l'importance que nous attachions à la brosse à dents et pour produire une bonne impression ils apportaient au moins cet article-là. Je me rappelle qu'un jour, en faisant une tournée avec la directrice, nous passâmes en revue les chambres des jeunes filles ; il y en avait une, entre autres, qui était habitée par trois jeunes filles nouvellement arrivées. A ma question si elles avaient des brosses à dents l'une d'elles me répondit en m'en montrant une : « Oui, monsieur, nous l'avons achetée « ensemble hier ». « Elles ne tardèrent pas à apprendre que cela ne suffisait pas. Il n'a pas été sans intérêt pour nous de constater les effets de la brosse à dents sur le degré de civilisation de nos élèves. A peu d'exceptions près, j'ai remarqué que nous pouvons augurer bien de l'avenir d'un élève que nous avons amené à renouveler de sa propre initiative sa première ou deuxième brosse à dents quand elle disparaît. »

Ces lignes pourraient souvent s'appliquer aux blancs, car on a parfois un mal extrême à imposer la brosse à dents aux adultes qui n'en ont pas pris l'habitude dès l'enfance ; il suffit, pour s'en convaincre, de considérer ce qui se passe dans les hôpitaux et les casernes.

Pour en revenir à la carie dentaire nous dirons qu'elle peut entraîner la chute des dents et l'apparition de périostites variées ; elle provoque aussi une mauvaise odeur de la bouche. Il ne faudrait pas croire cependant que c'est là l'unique cause de mauvaise odeur buccale ; cette cause est en effet souvent difficile à diagnostiquer. Lorsqu'on a éliminé la carie par exemple, il faut songer à l'amygdalite cryptique et rechercher s'il n'existe pas, dans les amygdales anfractueuses, d'amas cassieux en voie de putréfaction, qu'on peut facilement enlever en dilacérant les amygdales. Certaines bronchites produisent également la fétidité de l'haleine et vous savez avec quelle fréquence cette fétidité est consécutive à des troubles de la digestion. Dans ce dernier cas il ne faut pas croire que les mauvaises odeurs viennent directement de l'estomac, elles résultent le plus souvent de l'élimination par la muqueuse respiratoire de produits volatils puisés dans le tube digestif ;

le même phénomène a lieu lorsque l'haleine prend l'odeur alliacée à la suite d'injections hypodermiques de cacodylate. On constate aussi très souvent une odeur désagréable de l'haleine chez des sujets lymphatiques d'aspect bouffi et qui ont du ralentissement de la nutrition ; il suffit d'envoyer ces sujets au bord de la mer, c'est-à-dire d'activer leurs échanges nutritifs, pour faire disparaître la mauvaise odeur, c'est là un fait que l'on peut souvent constater chez des enfants travaillant dans des ouvroirs ou autres institutions où l'air est confiné, l'alimentation défectueuse et la nutrition pervertie. Enfin, il faut se garder de confondre la fétidité de l'haleine avec l'ozène, c'est-à-dire avec l'odeur repoussante provenant du nez et qui accompagne la rhinite atrophique.

La carie dentaire entraîne souvent la dyspepsie à sa suite, et cela pour deux raisons, d'abord l'insuffisance de la mastication, puis l'insuffisance de l'insalivation ; le bol alimentaire arrive au contact de la muqueuse gastrique sans avoir été réduit en parcelles assez menues et par suite sans avoir été imbibé de façon convenable par la salive. Il en résulte pour l'estomac un surcroit de travail et une fatigue, dont la dyspepsie est la conséquence. C'est une des causes les plus fréquentes de la dyspepsie chez les vieillards. Le meilleur moyen de parer à ces accidents est de recourir à une bonne prothèse ou de se servir de masticateurs artificiels ou moulins à viande. Une bouche en mauvais état peut être le point de départ d'infections graves de l'appareil respiratoire, et je connais pour ma part tout un groupe de faits où des broncho-pneumonies sérieuses — et même quelques-unes mortelles — se sont produites dans ces conditions.

Ailleurs on voit des sujets à dents cariées s'infecter et résorber des produits toxiques qui retentissent sur leur état général ; je me rappelle avoir soigné deux dames qui présentaient des troubles accusés et tenaces de l'état général, troubles qui n'ont cédé que lorsque les malades se sont décidées, sur mon conseil, à faire extraire toutes leurs mauvaises dents et à les remplacer par un appareil prothétique bien fait. Ces deux personnes étaient évidemment infectées par de la stomatite et de la gingivite purulente.

On voit encore, consécutivement à la carie dentaire, se développer des infections de voisinage, des angines ulcéreuses secondaires à la stomatite, l'angine chancreuse, dont la cause immédiate est la symbiose d'un spirille et du bacille en forme de navette décrit par Vincent, des sinusites maxillaires et même des phlegmons du plancher de la bouche et du cou.

De tout ce qui précède il résulte qu'on ne saurait prendre trop de précautions pour éviter le développement de la carie ; dès que les enfants commencent à manger, on doit leur enseigner à faire une fois par jour le brossage de leurs dents et de leurs gencives, puis à se laver la bouche après tous les repas. Il ne faut pas cependant tomber dans l'excès contraire et pratiquer des brossages trop fréquents, car alors on détermine une gingivite traumatique et le décollement des gencives. Il ne faut pas non plus choisir une brosse trop dure qui offenserait les tissus ; d'autre part une brosse trop molle serait insuffisante,

les soies de la brosse doivent donc être flexibles, mais résistantes. Cette brosse à dents sera maintenue aseptique autant que faire se pourra; on construit aujourd'hui des récipients de verre où les brosses sont soumises à l'action de vapeurs de formol. En tout cas elles doivent être conservées dans des récipients fermés afin d'éviter les contacts multipliés avec les autres objets, comme le peigne et la brosse à cheveux qui voisinent trop souvent avec la brosse à dents dans les tiroirs de toilette des écoliers.

Certains sujets ont la salive trop acide, ce sont généralement des arthritiques dont la transpiration possède également une odeur aigre; cette acidité de la salive prédispose à la carie, il est donc nécessaire de la combattre par des gargarismes et des poudres dentifrices anti-acides dans la composition desquels on fera entrer notamment le bicarbonate de soude et le carbonate de chaux.

Le meilleur de tous les antiseptiques buccaux est le sublimé, que Galippe recommande même dans la stomatite mercurielle; on l'emploie dans la proportion de 1 p. 5000. On peut encore avoir recours à l'acide phénique à 1 p. 5000, à l'hydrate de chloral à 1 ou 2 p. 100, au permanganate de potasse à 1 p. 1000, enfin à l'eau oxygénée. Le plus simple dans la grande majorité des cas est de se servir de l'acide borique ou du borate de soude à raison de 30 grammes p. 1000 d'eau aromatisée. Je vous recommande également la solution suivante :

Acide thymique.....	0,10 centigr.
Acide benzoïque.....	3 grammes.
Teinture d'eucalyptus.....	10 —
Eau.....	1000 —

Les pâtes dentifrices à base de glycérine sont très répandues, il faut plutôt les éviter, car elles ont tendance à acidifier la bouche. On donnera la préférence aux poudres dentifrices qui devront être à la fois antiseptiques, astringentes et anti-acides; vous réaliserez ces trois conditions avec la formule ci-après :

Acide borique porphyrisé.....	10 gr.
Craie préparée.....	{ 1/2 20 —
Carbonate de magnésie.....	
Quinquina pulvérisé ou poudre de galac.....	5 —
Chlorate de potasse (au besoin).....	5 —

Vous pourrez aromatiser cette poudre en y ajoutant de 11 à 15 gouttes d'essence de menthe, de roses ou de géraniums.

Je crois vous avoir démontré que ces soins minutieux de la bouche sont indispensables et qu'en les recommandant à vos clients vous leur permettrez d'éviter une foule d'accidents dont beaucoup sont simplement gênants, mais dont quelques-uns peuvent devenir graves.

Nouveautés

Souscription Lecaudey.

L'inauguration du buste destiné à perpétuer la mémoire du Dr Emmanuel Lecaudey a eu lieu, comme on sait, lors de la session d'avril de la F. D. N. La souscription ouverte pour l'érection de ce buste étant close à présent, il ne reste plus au Comité de souscription qu'à remercier tous ceux, municipalités, sociétés ou particuliers, qui ont répondu à son appel et à publier la liste de tous les souscripteurs. Nous donnons cette liste ci-après :

Association générale des dentistes de France.	MM. de Flaugergues, à Paris.
Fédération dentaire nationale.	Delair, id.
Société d'Odontologie de Paris.	de Lemos, id.
Syndicat des dentistes de l'Ouest.	Denis, Emile, id.
Ecole dentaire de Paris.	Erny, à Lyon.
Ecole dentaire de Lyon.	Fayot, à Clermont-Ferrand.
Ville de Coutances.	Feugines, à Aurillac.
MM. Alaux, à Toulouse.	Fouques, Gaston, à Paris.
Bacqué (Dr), à Limoges.	Frischmann, à la Garenne-Colombes.
Barbe, à Paris.	Friteau (Dr), à Paris.
Blatter, id.	Giret, id.
Bonnard, id.	Godon (Dr), id.
Bonnaric, E., à Lyon.	Guérin, à Moulins.
Bonnaric, J., id.	Hayes, à Paris.
Bouvet, à Angers.	Hirschfeld, à Paris.
Brigiotti, à Paris.	Hötz, id.
Brodhurst, à Montluçon.	Hugenschmidt, à Paris.
Bruel, à Paris.	Hugot, id.
Mme Bureau de Jassy, à Paris.	Josselin, à Pontoise.
MM. Burt, id.	Lebert, à Bourges.
Cahen, id.	Lemerle, à Paris.
Cernéa, id.	Levett, id.
Chaussebourg id.	Loriot, id.
Chaussebourg id.	Loup, id.
Coignard, à Tours.	Martin (Dr), à Lyon.
Collard (Dr), à Paris.	Martin fils, id.
Crane, id.	Martinier, à Paris.
da Silva, id.	Michaëls, id.
Daboll, id.	Moreau, id.
d'Argent, id.	Paulme, id.
Davenport, J.-B., à Paris.	Péré, id.
Davenport, M.-L., id.	Pilmyer, à Paris.
Debray, à St-Germain-en-Laye.	Platschick, id.
de Croës, à Paris.	Poinsot, id.

MM. Pont (Dr), à Lyon.
 Prével, à Paris.
 Quincerot, id.
 Ravet, à Lyon.
 Reset, à la Garenne-Colombes.
 Rigolet, à Auxerre.
 Robinson, à Paris.
 Rollin, id.
 Ronnet, id.
 Roussel, id.
 Rouvier, à Lyon.
 Roy (Dr), à Paris.

MM. Rozemberg, à Paris.
 Salmon, à Limoges.
 Saumur, à Paris.
 Sauvez (Dr), à Paris.
 Sauvez père, id.
 Soulard, à Lyon.
 Thuillier, à Rouen.
 Tomine, à Rennes.
 Vicat, à Lyon.
 Vichot, J., à Lyon.
 Younger, à Paris.

NOMINATIONS.

Conformément à l'article des statuts de la Société civile de l'École et du Dispensaire dentaires de Paris, qui charge le Conseil de direction de pourvoir, en cas de vacance, au remplacement des membres manquants, cette assemblée a nommé, dans ses séances des 16 et 30 mai, MM. Viau et Baelen, membres du Conseil de direction.

DIPLOMÉS ALLEMANDS.

Cent quarante-sept chirurgiens-dentistes ont été diplômés et autorisés à exercer pendant la session d'examen 1903-1904, parmi lesquels on compte deux femmes. L'année précédente le nombre des approbations avait été de cent soixante-deux.

MARIAGE.

Nous apprenons le mariage de notre confrère M^{me} Emma Weil, membre de l'Association générale des dentistes de France, avec M. Uhry. Ce mariage a été célébré le 6 juin.

Nous adressons nos félicitations aux jeunes époux.

AVIS

Pour les besoins de l'enseignement préparatoire de 1^{re} année à l'École dentaire de Paris, un très grand nombre de dents naturelles, cariées ou non, sont nécessaires. En mettant de côté et en nous faisant parvenir toutes les dents dont ils font l'avulsion, nos confrères rendraient service à cet enseignement et nous leur en serions très reconnaissants.

**Instruments, Meubles et tous Articles dentaires d'occasion.
ACHAT et VENTE ~ LOUIS, 8, faub. Montmartre.**

TRAITÉ DE CHIMIE

Avec la notation atomique, par LOUIS SERRES, ancien élève de l'Ecole Polytechnique, professeur de chimie à l'Ecole municipale supérieure Jean-Baptiste Say. — Un volume in-8 de plus de 900 pages, avec 295 gravures sur bois intercalées dans le texte. — Prix : 10 francs. — BAUDRY et C^e, éditeurs, 15, rue des Saints-Pères, Paris.

PRÉCIS D'ANATOMIE DENTAIRE

par J. Choquet, chirurgien-dentiste D. E. D. P. de la Faculté de Médecine de Paris, professeur à l'Ecole dentaire de Paris. Un volume in-18 de 400 pages, accompagné de 195 gravures inédites, De Rudeval, éditeur. Prix : 8 francs.



Recommandé : Institut des Langues et des Sciences.

Certificats d'Etudes exigés des candidats au grade de Chirurgien-Dentiste

487 élèves reçus de 1897 à 1904 dont 78 en 1903 ou 1904, moyenne : reçus 90 0/0 des élèves présentés
200 FR. DU 9 NOVEMBRE A JUILLET, 2 HEURES PAR JOUR
Cours 1^{re} partie, du Baccalauréat de 2 h. à 4 h. tous les jours : 450 fr. l'année scolaire

Directeur: A. DEBRAUX, 17, faub. Montmartre, Paris

Pension avec chambres particulières, prix modérés.

En vente à l'Ecole Dentaire de Paris :

CATALOGUE de la BIBLIOTHÈQUE

de l'Ecole Dentaire de Paris

Par E. BONNARD, avec la collaboration de J. DE CROËS

Prix : un franc. (Port en sus 0,30.)

Comptoir international

D'ARTICLES DENTAIRES

et Maison LEMORL réunis

Dépôt des meilleures marques

15, Avenue Fonsny, 15

BRUXELLES

L'administration de L'ODONTOLOGIE,
possédant des collections presque complètes depuis la fondation du journal
(Juin 1881), peut céder à ses lecteurs les numéros dont ils ont besoin.

P. DENNINGER

47, rue des Batignolles, 47
PARIS

PROTHÈSE à FAÇON

Fournitures générales pour dentistes.

Spécialité de pièces en or et BRIDGE-WORK

RENSEIGNEMENTS UTILES

**La ligne: 20 francs par an, }
Lignes en sus: 10 fr. la ligne } dans 24 numéros.**

ALLIAGE DENTAIRE

Contenau et Godart fils, 7, rue du Bouloï, PARIS, TÉLÉPHONE 214.53.

CERTIFICAT D'ÉTUDES.

Institut des Langues et des Sciences. A. Debraux, dir., 17, fg. Montmartre.
170 élèves reçus (noms et adresses publiés) ces dernières années. Examens de 1903 : 40 élèves reçus sur 50; 1904, 38 élèves reçus sur 46. Les 4/5 du cours de 1904, 1902, 1903 et 1904 reçus. Envoi des noms et adresses des diplômés.

CONTINUOUS GUM

B. Platschick, 3, rue Ventadour (*Laboratoire spécial*). TÉLÉPHONE 222.82.

DENTS XX^e SIÈCLE

D^r Carlier, seul concessionnaire pour la France, 61, rue de Flandre, PARIS.

FOURNITURES GÉNÉRALES.

Comptoir international, 15, avenue Fonsny, BRUXELLES.

Contenau et Godart fils, 7, rue du Bouloï, PARIS. TÉLÉPHONE 214.53.

Cornelsen, 16, rue Saint-Marc, TÉLÉPHONE 218.69.

Colin Logan fils, 113, rue Réaumur, près la Bourse, PARIS. TÉLÉPHONE 288.79.

H. Ningler et Lemesle, 12, rue des Immeubles industriels.

Reymond frères { 22, rue Le Peletier, PARIS. TÉLÉPHONE 312.91.
44, place de la République, LYON.
69, rue de la Croix de fer, BRUXELLES.
3, rue Petitot, GENÈVE.

Victor Simon et C^{ie}, 54, rue Lamartine, PARIS. TÉLÉPHONE 289.45.

Société coopérative des dentistes de France, 45, rue de La Tour-d'Auvergne. TÉLÉPHONE 255.66.

Société Française de Fournitures Dentaires. { 58 bis, Chaussée-d'Antin, Paris } Grande exposition, au dépôt de PARIS, de toutes les
TÉLÉPHONE 214.47. Adr. télég. : Sociéden. { Nouveautés dans l'outillage de MM. les Dentistes.

V^{te} J. Wirth, 22-24, avenue Philippe-Auguste, PARIS. TÉLÉPHONE 923.48.

L'ODONTOLOGIE

L'Odontologie est une TRIBUNE LIBRE, où toutes les opinions peuvent se produire; les signataires gardent l'entièbre responsabilité de leurs appréciations.

Travaux Originaux

DES KYSTES DES MACHOIRES D'ORIGINE DENTAIRE

ETUDE DE QUELQUES POINTS DE LEUR HISTOIRE

Par le Dr JULIEN TELLIER (de Lyon),

Ancien interne des hôpitaux,
Ex-chef de clinique à la Faculté de médecine.

I

Les travaux publiés depuis vingt-cinq ans environ ont élucidé bien des points concernant l'histoire des kystes des maxillaires ; en ce qui touche leur pathogénie, la tendance générale est actuellement d'admettre que ces kystes, quelle que soit leur variété, reconnaissent une seule et même origine, et qu'ils se développent tous aux dépens des débris épithéliaux paradentaires de Malassez. Notre intention n'est pas de rouvrir une discussion qui semble aujourd'hui close : il n'en est pas moins vrai cependant qu'il est parfois difficile de mettre en accord avec cette théorie certains faits d'observation clinique ou anatomo-pathologique : il n'est peut-être pas inutile de les signaler lorsqu'on les rencontre. L'observation que nous allons rapporter nous paraît conduire à quelques réflexions intéressantes, bien qu'elles n'échappent pas à toute critique.

Parmi les kystes des mâchoires (les kystes des sinus étant exceptés), on admet ordinairement les variétés suivantes :

1^o Les kystes *dentifères* encore appelés *folliculaires*, caractérisés par ce fait qu'on trouve ordinairement *implantée dans la paroi du kyste une dent ou du rudiment de dent*; ils sont généralement uniloculaires;

2^o Les kystes *paradentaires*, dont on décrit deux sous-variétés qui nous semblent devoir être étudiées séparément.

a) Les kystes *uniloculaires* proprement dits, qui ne présentent *pas de rapport direct avec les dents*.

b) Les kystes dits *périostiques* (Magitot) ou *radiculaires* ou *appendiculaires*, caractérisés par le fait qu'ils sont *en rapport direct avec une racine dentaire*.

L'apparition des kystes paradentaires est ordinairement consécutive à une lésion dentaire ou à l'action d'un traumatisme portant sur les dents;

3^o Les kystes *multiloculaires* (épithéliome kystique multiloculaire), dont nous ne nous occuperons ici en aucune façon.

Toutes ces variétés, avons-nous dit, sont aujourd'hui considérées, et le plus souvent à juste titre, comme se développant aux dépens des débris épithéliaux paradentaires.

II

Voici maintenant la relation d'un cas que nous avons observé:

KYSTE DENTIFÈRE DU MAXILLAIRE SUPÉRIEUR DÉVELOPPÉ CHEZ UNE FEMME DE 35 ANS :

Observation. — Madame X..... habitant un petit village du département de la Haute-Savoie, âgée de 35 ans, mariée, mère de trois enfants, ordinairement bien portante et sans antécédents personnels ou héréditaires dignes d'être notés, est vue par nous pour la première fois en août 1904. Elle présente une tuméfaction de la face du côté droit, dont le début remonte à deux ou trois ans, nous dit-elle. Elle a remarqué son apparition quelques mois après des accidents inflammatoires aigus qui ont nécessité l'extraction de plusieurs dents ou racines de la mâchoire supérieure à droite, sans qu'il lui soit possible d'en spécifier le nombre.

A l'examen on constate une déformation notable de la région maxillaire supérieure occupée par une tuméfaction rénitive; à ce ni-

veau, la peau est un peu rouge, luisante, mais ne paraît pas amincie. En soulevant la lèvre, on voit une saillie volumineuse dans la région vestibulaire ; en la déprimant on a immédiatement la sensation de crépitation parcheminée, au niveau et en arrière d'une molaire unique qui paraît être la deuxième. La première molaire, les deux pré-molaires et la canine supérieures droites sont absentes ; elles étaient cariées depuis longtemps au moment où se sont produits les symptômes de périodontite suppurée dont il est parlé plus haut, et ont été extraites à cette occasion ; *il est impossible de savoir si la dent de sagesse a existé et a dû être extraite, ou bien si elle a toujours été absente.* Rien d'intéressant à signaler sur le reste de la denture ; la troisième molaire supérieure gauche existe.

L'histoire de l'affection est donc bien simple : existence de dents cariées, périodontite suppurée, guérison, puis quelques mois après « apparition dans une région voisine d'une tuméfaction à croissance lente et continue depuis deux ou trois ans. Les caractères de cette tuméfaction et l'existence de la crépitation parcheminée ne laissent aucun doute sur la nature de cette affection ; il s'agit d'un kyste. Etant donné l'âge de la malade, l'impossibilité de savoir quelles dents ont été extraites, et si, en particulier, la dent de sagesse a existé, le siège au maxillaire supérieur, il est probable qu'il s'agit d'une forme de kyste paradentaire, sans inclusion de dent, et c'est l'hypothèse à laquelle nous nous arrêtons. Nous conseillons l'intervention immédiate. La malade demande à réfléchir, et nous la revoyons seulement sept mois après (février 1905). Le volume de la tuméfaction a légèrement augmenté ; dans la région vestibulaire on perçoit assez mal la crépitation parcheminée, mais la muqueuse est tendue ; fluctuation nette, et dans la région postérieure, en arrière de la deuxième molaire, on sent également avec beaucoup de netteté l'existence d'un rebord osseux mince circonscrivant un orifice dépressible. La malade accepte actuellement l'opération, qui est faite le lendemain. L'anesthésie générale est refusée.

Opération. — Anesthésie locale au chlorure d'éthyle. Incision au niveau du point le plus saillant, mesurant environ 5 centimètres et parallèle au bord libre de l'arcade ; écoulement immédiat de liquide jaune brunâtre contenant quelques petits grumeaux caséux. Le doigt pénètre dans l'orifice limité par un bord osseux très mince ; cet orifice a environ 3 centimètres de largeur, un cent. 1/2 de hauteur, on l agrandit un peu par résection du bord osseux aux ciseaux courbes, après avoir détaché la muqueuse avec un détache-tendon. On explore la cavité, et sur le plancher, on sent en avant que les racines de la deuxième molaire sont recouvertes par une cloison osseuse, et en arrière un corps dur qui donne immédiatement la sensation d'une couronne dentaire, saillant au-dessus de ce plancher, la face tritu-

rante regardant directement en haut. Cette couronne est saisie sans difficultés bien grandes avec un davier-baïonnette, et quelques tractions légères permettent de la mobiliser et de l'amener au dehors. On constate qu'une portion de la paroi kystique est adhérente à la dent, et, avec le doigt introduit dans la cavité, on essaye de décoller aussi haut qu'on le peut. Quand le tout est au dehors, on voit que la dissection a pu être faite sur une hauteur variable dans les différentes directions. Des curettes bien tranchantes et de courbures diverses sont ensuite introduites dans la cavité qui remonte jusqu'en dessous du rebord orbitaire, et les parois sont raclées jusqu'à ce qu'on ait partout la sensation de l'os à nu. *Elle ne communique pas avec le sinus maxillaire.*

Un tampon de gaze monté sur une pince à longs mors fait la toilette de la cavité, qui est ensuite boursée avec une mèche de gaze iodoformée. Suites opératoires très simples ; pansement au bout de quarante-huit heures, renouvelé tous les cinq ou six jours pendant un mois, sans qu'il y ait de suppuration. Ensuite la malade est renvoyée dans son pays, où son médecin lui donne les soins nécessaires. Aux dernières nouvelles (mai 1905), le bourgeonnement de la cavité se fait lentement, mais sans incident.

Examen macroscopique. — La dent extraite est une multicuspidée ; la couronne qui faisait saillie dans la cavité kystique, la face triturante directement en haut, est recouverte par de l'émail absolument normal et de toute beauté, si l'on peut s'exprimer ainsi ; trois cuspides sont de dimensions et de forme normales, un quatrième est plus petit. La racine est courte, en forme de bonnet phrygien, portant deux sillons parallèles au grand axe, comme cela s'observe sur les dents multiradiculaires dont les racines sont soudées entre elles. En résumé, forme et dimensions d'une troisième molaire supérieure arrivée à son complet développement.

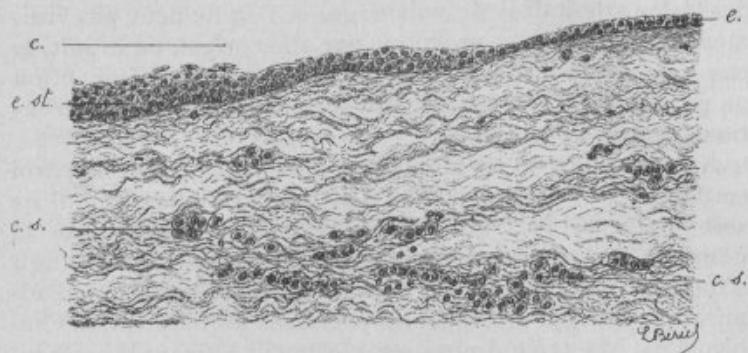
Le fragment de la poche enlevé avec la dent mesure environ 8 centimètres sur 2 à 3 centimètres de largeur, dans la moitié correspondant vraisemblablement à la partie postérieure de la tumeur. En avant, il n'a qu'un centimètre de hauteur environ ; mais la paroi kystique existe et s'insère fortement sur tout le pourtour et l'insertion suivant la ligne du collet, en tous ses points. La membrane elle-même est épaisse, mais résistante ; la face interne est lisse, la face externe, sans être rugueuse, paraît présenter une structure vaguement fibrillaire (?)

Examen microscopique. — Cet examen a été fait au laboratoire de la Faculté de médecine, sous la direction de M. le Dr Paviot, professeur agrégé. La figure est due à l'obligeance de M. le Dr Bériel, préparateur au laboratoire.

Sur les coupes de la paroi on voit à la face interne une ligne épi-

théliale qui n'est discontinue que par suite de la chute de l'épithélium sous l'influence de manipulations; leur ligne épithéliale se montre, toujours pour les mêmes raisons, semble-t-il, ici unistratifiée et à côté polystratifiée.

Les cellules profondes, comme celles de la couche unique, sont cubiques. Quand les couches multiples sont conservées au-dessus de la couche de cellules cubiques ou génératrices, les cellules devien-



c. Cavité du kyste.
c. Epithélium formé par une seule couche de cellules cubiques.
c. st. Epithélium stratifié.
c. s. Cellules disséminées dans le stroma fibrohyalin et présentant les mêmes caractères que celles de l'épithélium.

Reichert obj. 3 ocul. 6.

ment polymorphes et très rapidement l'épithélium se termine par une couche de cellules plates, de petites dimensions et un peu granuleuses.

Cet épithélium repose sur une épaisse coque conjonctive, formée de gros trousseaux fibro-hyalins, à peine fibrillés, qui souvent s'écartent pour laisser des interstices occupés par des trainées de cellules. On se rend aisément compte que ces cellules des interstices de la coque fibreuse sont de même nature et ont les mêmes caractères que celles de l'épithélium de revêtement : un petit noyau rond ou ovale au milieu d'une atmosphère de protoplasma finement granuleux. (*Note rédigée par M. Paviot.*)

III

Le fait que nous venons de rapporter présente quelques particularités intéressantes. Au point de vue *clinique*, le kyste siégeait au maxillaire supérieur ; les kystes de cette variété sont plus fréquents au maxillaire inférieur. Tous les

auteurs s'accordent à dire qu'ils sont rares chez les adultes au-dessus de 30 ans ; notre malade est âgée de 35 ans. A vrai dire, le fait n'a rien qui doive nous surprendre ; il est à remarquer en effet que la dent incluse est très vraisemblablement une dent de sagesse, et l'on sait que l'éruption des troisièmes grosses molaires est parfois fort retardée. Enfin, le développement du kyste semble avoir succédé à des lésions dentaires de voisinage, si l'on ne peut pas vraiment dire qu'il a été provoqué par elles ; c'est, on le sait, le cas ordinaire pour les kystes paradentaires, et cette action ne paraît pas avoir été souvent signalée dans les observations de kyste dentifère.

Au point de vue *anatomique*, la constitution de la paroi et de son revêtement n'offre rien de particulier et qui ne soit conforme aux descriptions classiques. Le fait que la dent est parfaitement conformée si l'on admet qu'il s'agit d'une troisième molaire, et l'hypothèse nous paraît bien admissible, est déjà moins en rapport avec les descriptions habituelles. Mais ce qui nous semble devoir attirer plus spécialement l'attention, *c'est l'insertion de la paroi du kyste exactement sur tout le pourtour du collet de la dent et solidement implantée sur lui*, fait important, à mon sens, rarement signalé dans les observations parce qu'il n'est pas fréquent d'avoir pu enlever la dent avec la paroi du kyste restant fortement adhérente à ses points d'attache sur l'organe inclus dans sa cavité. De cette particularité découlent certaines conséquences sur la façon dont on peut envisager la formation du kyste dans ce cas particulier, et c'est là maintenant le point sur lequel nous allons insister.

IV

Deux théories principales ont été invoquées pour expliquer la pathogénie des kystes dentifères : l'une dite *théorie folliculaire*, à laquelle se rattachent les noms de Forget, Guibout, Broca, Magitot, etc., et qui en dernière analyse, peut se réduire à cet énoncé : les kystes naissent et se développent dans l'organe de l'émail, qui occupe l'espace compris entre la papille dentaire et la paroi du sac folliculaire. L'apparition du kyste peut remonter à la période

embryoplastique, c'est-à-dire à une époque où ni les cellules de la couche profonde de l'organe de l'émail (futurs adamantoblastes), ni les cellules de la couche superficielle de la papille dentaire (futurs odontoblastes), ne sont encore différenciées, et n'ont par conséquent encore édifié aucun des tissus futurs de la dent, émail ou dentine ; et alors, le bulbe dentaire, atrophié par la pression excentrique du liquide, est étalé sur la paroi du kyste ou même a complètement disparu ; dans ce cas, à l'ouverture de la poche on ne trouve ni dent, ni rudiment de dent. La paroi sera revêtue dans toute son étendue par les cellules de l'organe de l'émail, cellules de la couche épithéliale interne et de la couche épithéliale externe, analogues, on le sait, ou plutôt identiques aux cellules génératrices malpighiennes ; elles pourront même être recouvertes d'une ou plusieurs couches de cellules dites de la gelée de l'émail, qui émanent des cellules de la couche stratifiée. Ce revêtement sera doublé d'une couche conjonctive constituée, pour une grande part, aux dépens du sac folliculaire et, pour une petite part, aux dépens du tissu conjonctif de la papille dentaire, sur l'étendue en rapport avec celle-ci au moment où elle a été arrêtée dans son évolution normale.

Si, au contraire, le kyste se développe à la période *odontoplastique*, le follicule de la dent est alors constitué par l'organe de l'émail avec les adamantoblastes et la papille avec les odontoblastes qui ont édifié dès lors une quantité plus ou moins considérable des tissus différenciés, le tout enveloppé dans le sac folliculaire ; la paroi du kyste contiendra un rudiment de dent avec émail et dentine, et sera constituée dans le reste de son étendue comme il est dit ci-dessus.

Si, enfin, la formation kystique est contemporaine de la période *coronaire*, le kyste contiendra une couronne bien développée ; la paroi sera constituée par le sac folliculaire, couche conjonctive, doublée d'une couche épithéliale, représentant la couche épithéliale externe de l'organe de l'émail, avec ou sans cellules de la gelée de l'émail. La première objection qu'on puisse adresser à cette manière de voir, concernant la formation du kyste dans cette dernière période (*coronaire*), et en dehors de toute objection de principe s'a-

dressant à la théorie elle-même est qu'à cette période du développement de la dent, le sac folliculaire n'existe plus ou peut ne plus exister, son rôle étant dès lors terminé ; nous y répondrons dans un instant. Je crois bon auparavant d'exposer brièvement la deuxième théorie due à Verneuil, Reclus, mais surtout à M. Malassez, et à laquelle se rattachent aussi les recherches d'Albaran. Nous l'avons déjà énoncée : les kystes dentifères, comme d'ailleurs les autres variétés de kystes dentaires, reconnaissent une même origine : les *débris épithéliaux parodontaires*. Quoique l'existence de ces débris soit au-dessus de toute discussion, que leur distribution topographique soit aujourd'hui classique, et que les faits établis par Malassez soient connus de tous, il n'est pas inutile de rappeler brièvement les quelques notions suivantes. La formation de la dent résulte de deux processus, l'un, d'origine conjonctive, aboutissant à la formation de la papille dentaire, d'où dériveront la pulpe dentaire et la dentine ; et l'autre d'origine épithéliale, aboutissant à la formation de l'organe de l'émail. Celui-ci résulte d'une invagination de la muqueuse gingivale qui se renfle en massue, se déprime en cul-de-bouteille pour coiffer peu à peu la papille ou bulbe dentaire, née au sein du tissu conjonctif et l'entourer complètement sauf à sa base. En même temps se constitue le sac folliculaire par un mécanisme sur lequel nous aurons à revenir. Au moment où apparaît l'organe de l'émail, ou presque au même moment, d'autres bourgeons se développent et partent soit du cordon qui réunit l'organe de l'émail à la gencive, soit aussi et encore de l'épithélium de la gencive, soit de l'organe de l'émail lui-même. Ces bourgeons épithéliaux disparaîtront, ou au contraire resteront, constituant les débris épithéliaux parodontaires. Chez le foetus, ces masses épithéliales forment trois groupes : un *superficiel* sous la gencive ; un *moyen*, situé entre la gencive et le follicule dentaire ; un *profond*, provenant de l'organe de l'émail. Les cellules épithéliales présentent le type malpighien ou bien évoluent vers le type des cellules adamantines, suivant la situation topographique de la périphérie à la profondeur. Chez l'adulte, ces débris parodontaires sont situés dans le ligament alvéolo-dentaire, formant un réseau de fines tra-

vées à mailles très larges, enserrant la dent, de l'apex au collet « à la manière d'un filet de ballon. » Les masses les plus superficielles sont le reste des deux groupes, superficiel et moyen, existant chez le fœtus ; les plus profondément situés représentent le reste du groupe adamantin.

L'apparition d'un kyste dentifère, comme celui qui fait le sujet de notre observation, dans la théorie de Malassez serait due au voisinage d'une dent parvenue à la période coronaire, n'ayant pas accompli son éruption ; le liquide se produit dans une des masses de débris paradentaires proches de la dent, et s'enkyste ; peu à peu, par son développement excentrique, la poche kystique vient au contact de l'organe dentaire, l'englobe sur une plus ou moins grande partie, la paroi perforée prenant ses insertions sur la dent même.

Il faudrait donc admettre que, dans le cas particulier qui est le point départ de cette étude, les faits se sont passés de la façon suivante : la troisième molaire supérieure droite est restée incluse dans le maxillaire au niveau de la tubérosité, en inversion telle que sa face triturante regardait en haut, comme le fait supposer la situation qu'elle occupait par rapport au plancher du kyste. Très probablement à la suite des phénomènes de périodontite qui ont existé au niveau des dents dont l'extraction a dû être faite, on peut penser qu'une irritation à distance s'est fait sentir sur un quelconque des groupes de débris épithéliaux situés dans le logement alvéolo-dentaire de cette dent. Les cellules ont proliféré, marquant leur réaction par la production d'un liquide que les cellules constituant le groupe ont enkysté. Peu à peu, le kyste a augmenté de volume, a rencontré la dent, qui a perforé la paroi *et cette paroi s'est insérée justement sur tout le pourtour du collet.* A priori le fait est possible, mais non démontré ; et pour ma part, je trouve, en ce qui concerne ce cas particulier, l'interprétation fournie par la théorie folliculaire singulièrement plus simple et plus en rapport avec la réalité des faits. Le kyste s'est développé dans l'espace compris entre la couronne de la dent et le sac folliculaire. Sous la même influence d'irritation à distance, venant des dents cariées et atteintes de périodontite, les cellules épithéliales de l'organe de l'émail ont sécrété un

liquide qui peu à peu a distendu le sac folliculaire et la *paroi du kyste est le sac folliculaire lui-même*, ce qui explique qu'elle est insérée et fortement implantée au niveau du collet de la dent. Qu'est-ce en effet, au point de vue de l'histogénèse, que le sac folliculaire? C'est, non pas, comme le pensait Magitot, un organe né au sein du tissu conjonctif entourant le bulbe dentaire sous la forme de deux feuillets, qui, partis de la base du bulbe, vont à la rencontre l'un de l'autre jusqu'au sommet du follicule qu'ils finissent par entourer complètement après avoir sectionné le cordon folliculaire, mais bien plutôt, comme l'a rappelé récemment M. Capdepont¹, une portion de tissu conjonctif périfolliculaire, qui, de tissu conjonctif lâche, devient du tissu conjonctif modelé et se transforme en un sac (sac folliculaire), lequel au terme de son développement est parfaitement différencié du tissu connectif environnant.

La seule objection qu'on puisse faire à cette manière de voir en ce qui concerne notre cas particulier, et, nous le répétons, en dehors des objections générales qu'on peut faire à la théorie folliculaire, c'est que, une fois l'édification de la dent (ou plutôt de la couronne) terminée, en l'espèce de la troisième molaire, le sac folliculaire, désormais sans objet, va disparaître, et avec lui, la couche épithéliale qui le revêt sur la face interne et qui représente la couche épithéliale externe de l'organe de l'émail. Or, nous savons, en particulier, depuis la thèse de Pierre Robin², que le sac folliculaire persiste tant que la dent n'a pas accompli son éruption, et que, en particulier, dans l'éruption normale d'une dent, il ne s'ouvre qu'en dernier lieu, après l'ulcération ou mieux la destruction non ulcéратrice de la portion de gencive même sous laquelle la dent a exécuté sa poussée recouverte de son sac folliculaire intact jusqu'à ce moment précis. Il nous paraît par conséquent démontré que, dans le cas de notre observation, la dent incluse dans le maxillaire avait sa couronne recouverte par son sac folliculaire, doublé lui-même de son revêtement épithélial ; il y avait donc là un espace virtuel entre la couronne et son sac

1. *Revue de Stomatologie*, 1902, p. 134.

2. Pierre Robin, *Rôle de la mastication et du sac folliculaire dans l'ascension des dents*. Th. de Paris, 1900.

folliculaire, et il n'est pas plus difficile d'accepter que le liquide kystique s'est produit et développé dans cet espace représentant l'organe de l'émail, que dans une masse épithéliale qui, après tout, peut n'être qu'un bourgeonnement de cet organe de l'émail lui-même. Je ne crois donc pas illogique d'admettre que la théorie folliculaire peut être invoquée pour expliquer la pathogénie du kyste dentifère qu'il nous a été donné d'observer et qu'elle rend mieux compte de certaines particularités présentées par lui que la théorie des débris épithéliaux paradentaires.

Au demeurant, il ne faut nullement généraliser, et si l'on adresse à la théorie folliculaire, considérée comme théorie ayant la prétention d'expliquer la pathogénie de toutes les variétés des kystes des mâchoires, les objections qui lui ont été adressées par Malassez lui-même, il faut bien en reconnaître la valeur. La théorie folliculaire explique mal les cas où la dent se trouve séparée de la cavité kystique par une bande de tissu conjonctif; on peut admettre alors que le kyste a son origine dans les débris paradentaires. De même pour les cas où il y a plusieurs dents incluses ou les faits à récidives. On peut même aller plus loin. Si l'on réfléchit que les débris épithéliaux paradentaires ont la même origine que l'organe de l'émail dont ils peuvent même être une émanation par bourgeonnement directement partis de lui et si l'on veut à toute force généraliser, on peut n'y pas contredire, en concedant que kystes dentifères développés dans le follicule dentaire et kystes développés dans les débris épithéliaux ressortissent tous à une même origine, à savoir une origine épithéliale. Nous avons voulu seulement montrer que tous les faits observés ne sont pas susceptibles de la même interprétation et qu'il est des cas, semblables à celui que nous avons rapporté, que la théorie folliculaire explique d'une façon tout au moins aussi satisfaisante que la théorie rivale.

V

Si la théorie fondée sur les travaux de Malassez peut parfois être mise en discussion en ce qui concerne la production des kystes dentifères, nous estimons en revanche

qu'elle est seule capable d'expliquer la pathogénie des kystes multiloculaires, comme je l'ai indiqué d'un mot en passant, et celle de la majorité des kystes paradentaires, soit tous ceux de la variété uniloculaire non en rapport direct avec une dent, et la *plupart* des kystes dits périostiques ou appendiculaires. Nous disons bien : la plupart ; c'est qu'en effet, ici encore, il faut faire quelques distinctions.

Deux théories contraires ont été invoquées pour expliquer la genèse des kystes appendiculaires, la théorie *périostique* que Magitot a imaginée et défendue, avec un si grand et parfois si aperçut talent, et la théorie des *débris épithéliaux paradentaires* de Malassez. Avant d'exposer la première, rappelons qu'il s'agit ici de ces poches kystiques qu'on observe si fréquemment appendues à l'*extrémité apicale* de racines où de dents extraites, et dont l'existence n'a pas le plus souvent été soupçonnée avant l'extraction, bien qu'à vrai dire un dentiste avisé puisse parfois y songer dans des circonstances cliniques que nous n'avons pas à rapporter ici. La succession des faits conduisant à leur apparition a été ainsi décrite par Magitot¹ : lésion préalable traumatique ou organique d'une dent ; destruction de sa pulpe par suppuration ou gangrène ; propagation inflammatoire par le canal radiculaire ; localisation de la périostite (nous dirions aujourd'hui périodontite) à l'extrémité de celui-ci : soulèvement sur ce point des tissus ligamentueux composés d'éléments fibreux, vasculaires et épithéliaux : production de la poche kystique initiale. Ajoutons que ce mécanisme est susceptible de se reproduire artificiellement par la simple rétention dans le canal radiculaire d'un liquide pathologique, suintement séreux ou séropurulent de la périostite du sommet.

L'objection principale faite à la théorie périostique de Magitot est la présence d'un épithélium à la face interne de ces kystes. La force de cette objection est grande, et tous les arguments invoqués par Magitot n'ont pu en triompher. La théorie des débris épithéliaux paradentaires de Malassez au contraire explique bien la genèse de ces kystes. *Mais la*

1. Considérations sur les kystes du maxillaire supérieur, suivies d'une discussion sur la pathogénie des kystes des mâchoires. Extrait des bulletins et mémoires de la Société de chirurgie, 1887.

présence de cet épithélium n'est pas constante. Eve¹ dit ne l'avoir pas constatée dans les kystes appendiculaires qu'il a examinés. On a objecté que la disparition de cet épithélium était due à la suppuration : ce fait est possible, mais non démontré. Quoi qu'il en soit, dans cette variété de kystes dits appendiculaires, il semble bien qu'il y a des cas où l'on trouve sur la face interne de la poche un revêtement épithélial dont l'origine est bien expliquée par la genèse aux dépens des débris paradentaires, et d'autres cas où cet épithélium fait défaut ; pour ceux-ci la théorie périostique de Magitot nous paraît devoir être invoquée et acceptée.

Les kystes appendiculaires en rapport direct avec une racine dentaire sont ordinairement décrits en même temps que les kystes paradentaires non en rapport direct avec une racine, sous le nom générique de kystes uniloculaires. Nous croyons que c'est un errement auquel il conviendrait de renoncer. En faveur de la séparation de ces deux formes, nous pouvons invoquer un argument clinique et un argument fondé sur la pathogénie. Ces kystes appendiculaires sont ordinairement d'un faible volume qui ne dépasse pas celui d'un gros pois ou d'une petite noisette ; nous en avons observé un du volume d'une noix, et de l'avis de tous ceux à qui nous l'avons montré, c'était le plus gros qu'ils eussent vu. Cliniquement donc, ces kystes restent, pour des raisons inconnues, de dimensions plutôt restreintes. D'autre part ils ne récidivent jamais. L'autre variété de kystes uniloculaires peut au contraire atteindre un volume considérable, jusqu'à celui d'une orange, et même davantage : il y a donc là une différence au point de vue clinique, qui est d'ailleurs signalée, mais sur laquelle il ne semble pas qu'on ait spécialement attiré l'attention, pour en chercher une explication. De plus, on a pu croire à l'existence de récidive possible. D'autre part, la genèse des kystes de cette variété paraît bien toujours se faire aux dépens des débris paradentaires ; parmi les kystes appendiculaires, au contraire, les uns ressortissent à la théorie épithéliale et les autres à la théorie périostique.

1. Eve, Cystic Tumours of the jaws (*British Journ. of. dent. sc.*, 1^{er} mars 1883).

De ces différences cliniques et originaires, nous croyons pouvoir conclure à la description séparée de ces deux formes, et nous admettrons quatre variétés distinctes de kystes des mâchoires d'origine dentaire :

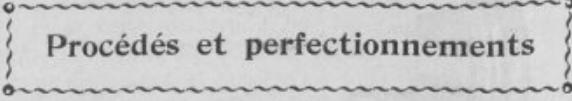
- 1° Les kystes dentifères ;
- 2° Les kystes paradentaires ;
- 3° Les kystes appendiculaires ;
- 4° Les kystes multiloculaires.

En ce qui concerne la pathogénie de ces formations kystiques, l'idée de les expliquer toutes par la théorie de Malassez est très séduisante ; mais pour employer une expression même de Magitot, séduisante ne veut pas dire vraie ou démontrée. Il en est, parmi ces kystes, qui trouvent leur explication soit dans la vieille théorie folliculaire de Broca, soit dans la théorie plus récente de Magitot, bien qu'à parler franc la théorie de Malassez soit applicable au plus grand nombre. Mais le désir de généraliser ne doit pas faire perdre de vue la complexité des apparences cliniques et des lésions anatomo-pathologiques qui en sont le substratum. Ce n'est pas dans l'idée de remonter un courant que nous avons écrit ce qui précède, mais bien dans l'intention beaucoup plus modeste de trouver une explication satisfaisante à des faits observés par nous, explication qu'il nous a semblé ne pas rencontrer dans la théorie devenue aujourd'hui classique de la formation de *tous* les kystes des mâchoires aux dépens des débris épithéliaux paradentaires.

AVIS

Nous avons reçu un intéressant article de notre excellent collaborateur E. Kirk sur l'ablation du tartre. L'abondance des matières nous oblige à en ajourner la publication au prochain numéro.

N. D. L. R.



Procédés et perfectionnements

DISPOSITIF SPÉCIAL POUR L'ADMINISTRATION DU CHLORURE D'ÉTHYLE OU DE TOUT AUTRE ANESTHÉSIQUE POUR L'ANESTHÉSIE GÉNÉRALE,

Par M. VICHOT (de Lyon).

Nous présentons un petit dispositif spécial pour l'administration de tous les anesthésiques préparés en ampoule (chlorure d'éthyle, bromure d'éthyle, somnoforme). Ce dispositif des plus simples peut s'adapter sur tous les masques à protoxyde d'azote en sorte que le même masque peut servir à l'administration de tous les anesthésiques de courte durée.

On se rendra compte par les figures ci-contre de la construction et du fonctionnement de ce dispositif spécial.

Description. — La figure 1 montre le dispositif et la vessie en place sur le masque à protoxyde d'azote, prêt pour l'anesthésie.

La figure 2 représente les deux parties de l'appareil emboîtées l'une dans l'autre B dans A face externe.

La figure 3 représente les deux parties séparées de l'appareil A et B.

La figure 3 bis est un anneau porteur d'un petit tamis en gaze pour empêcher les débris de verre de pénétrer dans la trachée et aussi pour éviter l'afflux du liquide dans la bouche.

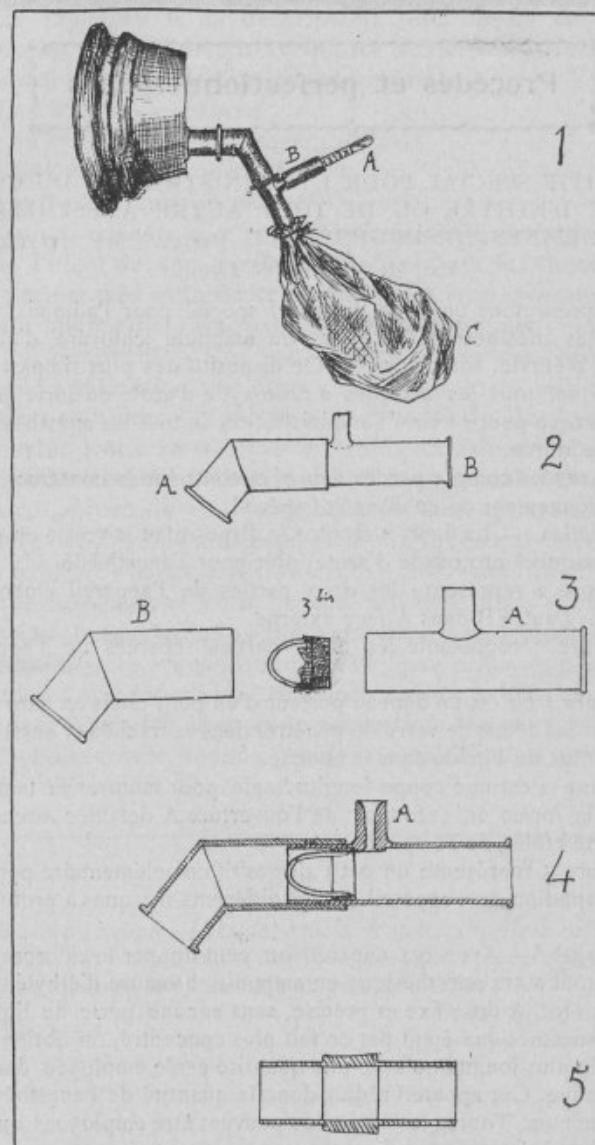
La figure 4 est une coupe longitudinale pour montrer le tamis en place et la forme en entonnoir de l'ouverture A destinée à recevoir l'extrémité effilée de l'ampoule.

La figure 5 représente un petit dispositif complémentaire permettant l'adaptation de l'appareil sur les différents masques à protoxyde d'azote.

Avantages. — Avec cet appareil on peut donner le chlorure d'éthyle ou tout autre anesthésique en ampoule, bromure d'éthyle, somnoforme, etc., à dose fixe et précise, sans aucune perte de liquide. L'agent anesthésique étant par ce fait plus concentré, on obtient une anesthésie plus longue qu'avec une quantité égale employée dans un autre masque. Cet appareil réduit donc la quantité de l'anesthésique à son minimum. Toutes les ampoules peuvent être employées quelles qu'en soient la grosseur ou la provenance.

1. V. *L'Odontologie* du 15 mai, p. 104.

Ampoule du Dr Bengué, 3 et 5 c. c.



Ampoules de la Société des Usines du Rhône, 3 et 5 c. c., sominoforme, bromure d'éthyle, etc.

Manuel opératoire. — Une fois le malade préparé pour l'anesthésie générale, introduire l'ampoule A (fig. 1) dans le tube en caoutchouc B (fig. 1), et engager l'extrémité effilée dans le tube conique A (fig. 4). Pour briser l'ampoule, une légère pression latérale suffit ; le liquide prend alors la direction de la vessie C (fig. 1).

On peut également se servir d'un tube gradué. Dans ce cas, une fois la quantité introduite, on doit fermer l'orifice du tube en caoutchouc à l'aide d'un petit bouchon. La forme coudée du dispositif est faite pour empêcher le liquide de pénétrer dans la bouche.

Cet appareil a en outre le grand avantage de s'adapter sur les masques à protoxyde d'azote de différents modèles, à l'aide du deuxième dispositif (fig. 5).

Il dispense, de ce fait, de la nécessité d'avoir un masque spécial à chlorure d'éthyle ou à autre anesthésique.

Il peut rester adapté à demeure au masque ; on enlèvera simplement la vessie pour donner le protoxyde. C'est en quelque sorte un dispositif double pour protoxyde d'azote et chlorure d'éthyle ; il est surtout d'une grande simplicité.

RÉUNIONS ET CONGRÈS

RÉUNION ANNUELLE DE LA BRITISH DENTAL ASSOCIATION

*Compte rendu de la réunion de Southport, 19-23 mai 1905,
par B. PLATSCHICK.*

Adhésion à la F. D. I. — Nomination de dentistes de la marine britannique. — La réglementation de l'exercice de l'art dentaire en Angleterre. — Services dentaires pour les pauvres. — L'hygiène dentaire dans les écoles. — L'instruction prothétique des étudiants. — L'art dentaire au Canada. — Rapports des dents cariées et du cancer. — Météorologie et anesthésie. — Généralisation des soins dentaires et hygiène scolaire.

Tous les ans, la *British Dental Association* tient un Congrès qui, par le nombre des membres présents et par l'intérêt des questions discutées, est toujours une des réunions dentaires les plus remarquables d'Europe. Cette année aussi, le meeting qui vient d'avoir lieu à Southport dans le Lancashire, du 19 au 23 mai, marque une date importante. Le nombre des congressistes, 300 environ, en fait une des belles manifestations de l'esprit de solidarité qui règne dans la *British Dental Association*, et l'adhésion de hautes personnalités du monde dentaire (citons entre autres le Dr Miller de Berlin), montre l'intérêt qu'on prend aussi à l'étranger à ces assises.

Le Dr Miller n'était pas le seul étranger présent au Congrès : une délégation de dentistes canadiens représentait la Canadian Dental Association ; nous avons eu ainsi le plaisir de serrer la main au Dr Dubeau, au Dr Lantier et à MM. Alex. L. N. et Eug. Lemieux ; il y avait aussi le Dr Jenkins de Dresde et le Dr D. O. M. Le Cron, fils de l'éminent céramiste américain. L'*American Dental Association* devait envoyer au Congrès le Dr Falconer, son président, malheureusement l'état de santé du distingué confrère ne lui a pas permis d'entreprendre la traversée. On a bien regretté également que l'Ecole dentaire de Paris, qui envoyait les autres années une délégation, n'ait pu, cette année, se faire représenter ; j'étais en effet le seul Français présent au Congrès.

Je ne dirai rien ni de la réception cordiale réservée aux invités, ni de l'organisation admirable du Congrès ; chaque congressiste gardera un souvenir inoubliable de l'hospitalité anglaise, et tirera profit, pour ce qui concerne la distribution des travaux dans les différentes sections, de l'exemple digne d'être suivi donné par la *British Dental Association*. J'arrive aux diverses questions traitées dans ce Congrès, parmi lesquelles je choisirai celles qui, soit par leur portée générale,

soit par leur ressemblance avec certains de nos problèmes professionnels, peuvent intéresser d'une façon spéciale les dentistes français.

Les questions relatives aux rapports de la *British Dental Association* avec la Fédération dentaire internationale ont occupé en grande partie la séance du premier jour.

En conformité de la décision prise à Saint-Louis et à la suite des lettres du Dr Miller, président, et du Dr Kirk, secrétaire de la F. D. I., invitant l'Association à nommer cinq délégués qui devront représenter l'Angleterre au prochain Congrès de Hanovre et à désigner celui de ces membres qui devra occuper le siège de vice-président, le Comité central a proposé les cinq noms suivants qui ont été acclamés par les congressistes : MM. Mummary, vice-président ; Paterson ; Campion ; Guy ; Harrison.

Dans la même séance, le Comité central a donné lecture d'un rapport très intéressant au point de vue du développement de la B. D. A. D'après les chiffres cités par le rapporteur, l'Association compte maintenant environ 1.400 membres ; de nouvelles sections se sont créées dans les centres les plus petits, de sorte que la B. D. A. étend son influence bienfaisante sur toute la Grande-Bretagne.

Je relève dans ce rapport un autre point intéressant. La marine anglaise a pris trois dentistes à son service : le résultat, tout en n'étant pas proportionné au but à atteindre, a son importance, parce que c'est le commencement d'une ère nouvelle. Les pouvoirs publics anglais commencent enfin à comprendre l'importance que les services dentaires présentent pour la marine et l'armée. On n'a encore rien obtenu en ce qui concerne cette dernière, mais on espère que l'exemple donné par la marine sera suivi aussi par l'armée.

C'est dans la réunion générale qui a eu lieu dans l'après-midi qu'on a traité les questions les plus importantes. Parmi celles-ci je noterai le problème des dentistes diplômés et non diplômés, celui du service dentaire pour les pauvres, et de l'hygiène dentaire dans les écoles. Ces trois questions ont été exposées d'une façon remarquable dans le discours du président du Congrès, *M. Gaddes*.

Pour ce qui concerne le premier sujet, on sait que les praticiens anglais sont divisés en deux classes : les dentistes diplômés (*registered*) et ceux qui ne sont pas diplômés (*no registered*). Pour être diplômé, il faut passer par les écoles dentaires et subir les examens prescrits. Ce diplôme donne le droit au titre de dentiste et à la pratique de l'art dentaire, mais la loi ne défend pas aux personnes non diplômées d'exercer l'art dentaire ; l'exercice de celui-ci en effet est libre et seule l'usurpation de titre est interdite : aussi les non diplômés ne prennent-ils pas le titre de dentiste, mais celui d'arracheurs et de poseurs de dents. Faute d'une loi spéciale (ou pour mieux dire à cause d'une loi mal formulée) il n'y a aucune limitation dans l'exercice, de sorte qu'il y a

maintenant en Angleterre une pléthore de dentistes non diplômés. Il suffira de donner quelques chiffres. Dans la North Midland Branch il y avait, en 1899, 125 dentistes non diplômés, ils sont maintenant 303. Dans une autre province (Leeds), leur nombre a passé de 16 à 110.

Il n'est donc pas exagéré d'affirmer que le nombre des dentistes non diplômés a plus que doublé en cinq ans.

Etant donné cet état de choses, les dentistes diplômés pensent que la nécessité s'impose de modifier les lois existantes et de ne permettre d'exercer l'art dentaire qu'à ceux qui sont munis de diplômes¹.

Passant à l'étude des services dentaires pour les pauvres, le rapport de M. Gaddes divise le public anglais en trois catégories : les riches qui peuvent payer, ceux qui ne sont pas pauvres, mais ne peuvent pas payer les honoraires ordinaires, ceux (et ce sont les nécessiteux) qui ne peuvent pas payer du tout. Il est facile de caractériser la première classe ; mais ce qui est moins aisé, c'est d'avoir les éléments pour délimiter la deuxième catégorie. La classe des travailleurs forme la plus grande majorité de la population, surtout dans les grands centres industriels. Cette classe est constituée par des individus qui sont au-dessus de la pauvreté, mais qui cependant ne peuvent pas payer les honoraires ordinaires pour les services dentaires. La plupart de ceux-ci ne désirent pas du tout être considérés comme pauvres : ils ont l'ambition de se suffire à eux-mêmes. Comment doit-on soigner cette nombreuse classe de personnes ?

M. Gaddes est d'avis de créer partout où il est possible des associations de prévoyance et de secours pour les soins de la bouche. En payant une petite somme toutes les semaines, on a droit aux services dentaires dans des cliniques spéciales par les soins de praticiens distingués. Quelques-unes de ces cliniques et de ces dispensaires existent déjà, mais leur nombre très limité ne suffit pas aux besoins de la nombreuse population : c'est pourquoi il faut la généraliser.

Le meilleur moyen de le faire est l'institution de ces associations à la formation desquelles doivent contribuer les philanthropes qui s'intéressent aux œuvres nobles et généreuses. M. Gaddes engage la B. D. A. à diriger ses efforts aussi dans ce sens et à prendre elle-même l'initiative de quelques-unes de ces associations et, dans tous les cas, de les patronner toutes le plus largement possible.

M. Gaddes a rappelé ensuite que les ravages de la carie dentaire ne sont pas limités aux adolescents et aux adultes, mais que les en-

1. Le point controversé est non seulement celui de savoir comment la loi doit intervenir, mais s'il faut faire des concessions et comment il faut faire ces concessions aux non diplômés en vue d'une assimilation avec les diplômés pour régler la situation transitoire à établir après le vote d'une loi conforme aux désirs des dentistes diplômés.

fants aussi sont victimes de cette maladie. 86 % des élèves dans les écoles élémentaires ont les dents cariées.

Etant donné ce regrettable état de choses, des mesures urgentes s'imposent. Le devoir principal des parents et de tous ceux qui sont chargés de l'éducation des enfants est de protéger leur santé, de prendre surtout soin de leur bouche, ce qui constitue la première ligne de défense contre les microorganismes.

A cet effet, il faut enseigner dans les écoles publiques les règles hygiéniques sur les soins des dents, imposer le nettoyage et le brossage tous les jours, inspecter systématiquement les dents, recommander les soins les plus prompts quand les dents commencent à se carier.

Voici maintenant les conclusions qui résument en quelque sorte les trois plus importantes questions :

1^o Nécessité de modifier les lois existantes en Angleterre de sorte que les personnes non diplômées ne puissent pas exercer l'art dentaire ;

2^o Nécessité d'instituer des services dentaires pour les pauvres et cela au moyen d'associations de prévoyance et de secours pour les soins de la bouche ;

3^o Nécessité de généraliser dans les écoles les principes hygiéniques des soins de la bouche et d'imposer l'inspection des dents.

On a aussi traité dans ce Congrès la question de *l'instruction des étudiants dentistes au point de vue de la prothèse*.

M. W. H. Gilmour a prononcé à ce sujet un important discours. La plupart des étudiants sortent des écoles avec une culture insuffisante sur les travaux en caoutchouc et sur les autres travaux de laboratoire. A peine 10 % d'entre eux ont quelques notions sur les dents à tube, aucun ne sait quoi que ce soit sur la gencive continue : un ou deux connaissent la pratique des bridges.

Ces résultats regrettables sont causés par le manque d'un bon système d'enseignement prothétique et par l'organisation défectueuse des examens. Les élèves devraient faire un apprentissage complet de trois ans ¹ chez de bons praticiens et être soumis à un examen sérieux de prothèse dentaire dont le programme serait rédigé par la B. D. A.

Avant de commencer les cliniques dans les hôpitaux, l'élève devrait avoir passé son examen de prothèse.

D'après les déclarations de *M. W. B. Pearsall* et d'autres orateurs, il paraît que les élèves anglais laissent à désirer au point de vue de la culture prothétique et de la culture générale. Ils ne savent pas écrire l'anglais, ils ne savent pas répondre aux questions d'une

1. La loi actuelle prévoit cet apprentissage de trois ans, mais les élèves pouvant entrer dans les écoles après deux ans d'apprentissage, la troisième année de celui-ci devient fictive en pratique.

façon claire et précise. Pour ce qui concerne leur instruction prothétique, M. Pearsall confirme les constatations faites par M. Gilmour. La plupart des élèves ne savent pas à l'examen faire une bague. Il faut cependant remarquer à ce propos que le jury d'examen ne met pas à la disposition des élèves de l'or, mais du maillechort. Il est naturel que l'étudiant qui n'a jamais eu l'occasion de manipuler ce métal très dur, ne réussisse pas bien des fois à confectionner une bague à l'épreuve de l'examen. Les élèves ne savent pas du tout souder, pas un élève sur 100 ne sait souder une couronne de façon à la laisser élastique. L'orateur finit sa critique en constatant la supériorité des étudiants américains sur les anglais.

Tels ont été les sujets les plus importants traités dans la réunion générale qui, comme on voit, est consacrée exclusivement aux questions professionnelles d'intérêt général.

Les mêmes sujets sont revenus sur le tapis dans les divers toasts prononcés au banquet du soir et ils ont été développés par plusieurs orateurs, entre autres le prof. Moore, M. W. B. Patterson, M. Gaddes, etc.

Je mentionnerai les paroles prononcées à ce banquet par M. Dubéau, président de la délégation canadienne, au sujet du développement de l'art dentaire au Canada, dans cette province américaine où toutes les traditions françaises, en commençant par la langue, continuent à se conserver.

Le Dr Dubeau a rappelé que, au Canada et spécialement dans l'Ontario, il n'y a que des dentistes diplômés. Les lois sont très sévères à cet égard. D'après le *Dental Act*, il n'est permis aux dentistes d'inscrire dans la publicité des journaux ou autres que leur nom, leur titre et leur adresse : l'espace ne doit pas dépasser deux centimètres et demi. Il trace ensuite un historique de l'Association Canadienne qui comprend presque tous les dentistes du Canada. Il cite quelques chiffres intéressants : c'est ainsi qu'en 1760, la population française était de 60.000, maintenant elle est de 2 millions.

J'exrais du discours de M. Willmott, un autre délégué canadien, ces renseignements : la province d'Ontario a été la première région du monde qui ait adopté des lois sur l'exercice de l'art dentaire. L'*Ontario Dental Association* date de 1866 : il y avait alors 180 dentistes, 150 d'entre eux se réunirent et formèrent la société. Le résultat immédiat de leur organisation a été une agitation pour faire voter une loi qui protégeait les dentistes diplômés contre les non diplômés. La loi a été votée, puis modifiée plusieurs fois, de sorte que le Canada possède maintenant la meilleure législation dentaire du monde.

Pour l'enseignement, on ne suit pas au Canada la méthode américaine. L'enseignement est donné à l'école et dans le cabinet du professeur : l'élève commence son travail à l'école et il passe ses vacances

dans le cabinet du professeur où il acquiert la pratique des travaux.

Les réunions de la B. D. A. sont surtout des réunions d'intérêt professionnel, où la place laissée aux communications scientifiques est relativement restreinte ; parmi ces dernières, je mentionnerai d'abord celle de *M. Weaver* qui a exposé sa théorie sur les *rappports entre les dents cariées et le cancer*.

On a remarqué que les maladies cancéreuses s'aggravent en même temps qu'il y a aggravation des maladies dentaires. Plusieurs faits justifient l'affirmation que les maladies dentaires prédisposent au cancer. Il y a chez les hommes une sensible augmentation des maladies cancéreuses des organes de la nutrition. Si les dents mauvaises prédisposent au cancer et si celui-ci est dû à un germe, les mauvaises conditions de la bouche doivent influer sur le développement de ce germe. De là l'importance de l'hygiène buccale surtout dans les écoles.

M. Miller, discutant la thèse, a confirmé les conclusions de *M. Weaver*. Non seulement la bouche est un centre d'infection, mais c'est un lieu de séjour de milliers de microbes qui s'y développent et commencent à attaquer les tissus. Il n'y a aucun doute que beaucoup de maladies ont pour point de départ les microbes qui se trouvent dans la bouche.

La conclusion est que non seulement la santé des individus, mais aussi la force de la nation dépendent de la condition des dents.

Les relations entre les conditions météorologiques et l'anesthésie par le protoxyde d'azote ont fait le thème d'une communication de *M. H. Hillard*.

Les conditions atmosphériques ont une certaine influence sur la durée de l'anesthésie. Pendant les beaux jours, l'anesthésie ne produit pas autant de réflexes que quand la température est basse.

On doit tenir compte aussi du type physique et du tempérament du patient, par exemple les personnes obèses ne doivent pas être anesthésiées comme d'ordinaire. Avec les fumeurs et les buveurs on doit suivre un système différent de celui suivi avec les personnes sobres. On doit absolument éviter la cyanose chez les tuberculeux à cause des hémorragies.

Enfin *M. Hillard* a conseillé de ne pas se servir du chlorure d'éthyle quand la température extérieure est élevée à cause des effets post-anesthésiques.

La généralisation des soins dentaires parmi les classes pauvres et le traitement préventif ont été le leit-motive de la thèse du prof. *Miller*, de Berlin. Il a mis en relief le caractère coûteux des opérations dentaires, dont quelques-unes exigent une habileté bien plus grande et une perte de temps plus longue que les amputations et autres interventions d'où la vie du patient dépend.

En Allemagne 3 o/o de la population seulement peuvent avoir

recours aux services d'un dentiste et, dans les autres pays civilisés, M. Miller prétend que le pourcentage est encore plus bas.

L'auteur a parlé ensuite des obturations, « une des plus grandes bénédictions de l'humanité souffrante », ce sont ses propres paroles ; il a mentionné aussi tous les essais faits en vue d'éviter l'extirpation de la pulpe morte en y inoculant un liquide qui la dévitalise.

On sauve de la sorte des millions de dents des « affreuses tenailles »¹.

L'hygiène dentaire dans les écoles a été l'une des plus grandes préoccupations du Congrès. Outre les passages que j'ai cités du discours du président, *M. Gaddes*, et un mémoire de *M. Norman*, qui n'a fait que développer les mêmes arguments, il faut mentionner la communication de *M. G. Cunningham* très intéressante à cause surtout de ses conclusions.

Notre confrère voudrait donner en même temps une solution au problème dentaire et à celui de la nutrition. A cet effet il voudrait provoquer une loi exigeant l'institution dans les écoles publiques de cantines scolaires gratuites². On soignera de la sorte par la même occasion les dents et l'estomac des enfants.

Les démonstrations ont été assez nombreuses ; seules, les cliniques proprement dites n'existaient pas.

Au sujet des démonstrations, nous pouvons dire ce que nous avons dit au sujet du Congrès de St-Louis ; elles avaient trait à de petits procédés, quelques cas de redressement et quelques perfectionnements dans l'outillage du cabinet et du laboratoire.

Vous aurez pu constater par ce rapide compte rendu que beaucoup d'importantes questions étaient à l'ordre du jour du Congrès et qu'elles ont toutes été traitées avec compétence et d'une façon intéressante.

Un étranger avait surtout beaucoup à apprendre dans ce Congrès, pour ce qui concerne certaines questions qui préoccupent plus particulièrement en ce moment nos confrères d'Outre-Manche.

Il est toujours intéressant de savoir quelle orientation tend à prendre notre profession dans un grand pays voisin ; cela peut nous donner des indications utiles.

Au point de vue des travaux de cabinet et de laboratoire, le Congrès a eu aussi son intérêt ; une petite pierre a été ajoutée à l'édifice de la science dentaire.

1. Nous publierons prochainement cet important travail.

2. Cette institution n'est plus à créer en France où elle fonctionne depuis nombre d'années.

LIVRES ET REVUES

Nous rappelons à MM. les Auteurs et Éditeurs que tous les ouvrages dont ils nous envoient deux exemplaires sont annoncés et analysés (s'il y a lieu). Les ouvrages doivent être adressés à M. LE RÉDACTEUR EN CHEF, 45, rue de La Tour-d'Auvergne.

L'ANESTHÉSIE LOCALE EN ODONTOLOGIE, PAR M. J. LOSADA.

Notre excellent collaborateur M. J. Losada, de Madrid, vient de publier sous ce titre la conférence qu'il a faite à la Société odontologique espagnole le 28 avril dernier.

Ce travail, divisé en huit chapitres, forme une brochure de cinquante-neuf pages.

Après avoir longuement étudié l'anesthésie locale dans l'art dentaire et passé en revue les agents anesthésiques au moyen desquels on l'obtient, l'auteur cite un certain nombre d'observations auxquelles ont donné lieu les expériences qu'il a entreprises sur des lapins domestiques, et il arrive aux conclusions suivantes :

1° L'anesthésie locale est celle à laquelle on doit recourir le plus souvent en odontologie. L'anesthésie générale doit s'employer en certains cas. Le chloroforme ne doit presque jamais s'employer pour les opérations dentaires ;

2° Les deux anesthésies ont leurs avantages et leurs inconvénients, mais la première en présente de préférables à la seconde ;

3° La technique de l'anesthésie locale est plus simple que celle de l'anesthésie générale ;

4° La réfrigération offre des avantages réels dans quelques cas ;

5° Les réfrigérants les plus pratiques sont le chlorure d'éthyle et le coryl ;

6° La meilleure anesthésie locale s'obtient par la voie hypodermique ;

7° La cocaïne et la stovaïne sont les substances les plus propres à l'anesthésie locale ;

8° L'eau est le meilleure véhicule pour la cocaïne et la stovaïne ;

9° Les mélanges de diverses substances pour combattre les dangers de la cocaïne n'offrent pas d'avantages sur l'anesthésie locale ;

10° La bonne technique a une grande influence sur les résultats de l'anesthésie locale ;

11° La principale douleur de l'extraction est causée par la rupture du ligament alvéolo-dentaire, qu'il faut essayer d'anesthésier le mieux possible ;

12^e La réfrigération et l'anesthésie hypodermique réunies conviennent parfaitement dans quelques cas ;

13^e La stovaine est de tous les succédanés de la cocaïne la substance qui remplace le mieux cette dernière ;

14^e La stovaine a sur la cocaïne l'avantage d'être moitié moins毒ique ;

15^e Le titre influe beaucoup sur la toxicité d'un anesthésique.

16^e On doit se dénier des anesthésiques dont on ne connaît pas la formule.

ORAL PATHOLOGY AND THERAPEUTICS, PAR M. ELGIN MAWHINNEY.
C. Ash, éditeur. Londres, 1905.

Le prof. Elgin Mawhinney, de Chicago, vient de faire paraître un traité de pathologie et de thérapeutique dentaire. Cet ouvrage est intéressant non seulement à cause des idées nouvelles et personnelles qu'il contient, mais encore parce qu'il nous offre, condensé en un livre, l'état actuel des idées qui règnent en Amérique en pathologie dentaire.

Ces idées sont différentes sur bien des points de celles que nous possédons en France. Nous allons chercher à les mettre en évidence.

Les articles sur la carie dentaire, les pulpites, les fistules et les abcès sont particulièrement clairs. Leur précision est augmentée par des considérations générales sur l'anatomie dentaire, la physiologie pulinaire, les phénomènes généraux de l'inflammation, accompagnées de photographies et de schémas tout à fait remarquables.

A propos du cathétérisme des canaux dentaires, l'auteur insiste avec raison sur la stérilisation des sondes. Il exige qu'une sonde qui a servi à explorer un 4^e degré ne soit jamais placée dans le canal aseptique d'une dent qui vient d'être dévitalisée. Ce sont là des faits bien connus, mais le rôle de l'asepsie en chirurgie dentaire est une chose sur laquelle on n'insiste jamais trop et M. Mawhinney ne manque point de le bien mettre en évidence.

Un chapitre intitulé « Les maladies de la membrane péridentaire ayant leur début au niveau des gencives » est tout particulièrement intéressant, car il résume l'opinion d'un certain nombre d'auteurs américains à propos de la polyarthrite alvéolo-dentaire. Et d'abord il convient de remarquer que les mots de péricément, membrane péri-dentaire, péricémentite, sont toujours employés à la place des mots articulation alvéolo-dentaire, arthrite alvéolo-dentaire. Ce fait est important, car il semble indiquer qu'aux Etats-Unis on n'admet pas la conception de l'articulation alvéolo-dentaire et par conséquent celle de l'unité des affections qui frappent cette articulation. Nous voyons en effet rassemblés dans le même chapitre les gin-

givites tartriques (calculs salivaires), les tophus goutteux de l'articulation et la polyarthrite.

Les tophus sont désignés sous le nom de calculs séreux, la polyarthrite sous celui de péricémentite phagédénique et, avec Talbot, Mawhinney considère qu'il s'agit là de deux stades différents d'une même maladie.

Black, Cook, Younger considèrent la polyarthrite comme une maladie infectieuse à micro-organisme non encore découvert.

Rhein la divise en pyorrhée dite simplex d'origine purement locale, et en pyorrhée dite complexe d'origine générale. Puis il divise cette dernière en quatre groupes :

- 1) Pyorrhées dues à des désordres de nutrition.
- 2) Pyorrhées dues à des maladies infectieuses.
- 3) Pyorrhées dues à des maladies nerveuses.
- 4) Pyorrhées dues à des intoxications exogènes.

Il est véritable que cette pyorrhée mérite bien ce nom de complexe en regard des causes multiples et peut-être hétéroclites que l'auteur lui reconnaît.

M. Mawhinney regarde la question comme n'étant pas encore tranchée et ne prend point parti dans la discussion.

Mais nous ne voyons point dans ce livre la conception nette d'un groupe d'affections alvéolo-dentaires (polyarthrite et érosion chimique) se rattachant à la classe des maladies par ralentissement de la nutrition, comme Frey l'a si nettement établi.

Quatre pages à peine sont consacrées aux maladies du sinus maxillaire et nous avons été étonné de voir un dentiste considérer que la sinusite maxillaire est le plus souvent d'origine nasale et passer outre.

La trépanation du sinus, juste suffisante pour introduire un doigt afin d'explorer l'intérieur de l'antre et d'en cureter les points qui sembleraient suspects, nous a surpris au point de vue thérapeutique chirurgicale.

Cinq pages sont consacrées à la névralgie faciale isolée, mais nous ne voyons pas de chapitre consacré aux accidents nerveux d'origine dentaire comprenant les troubles trophiques (pelade) les troubles moteurs (paralysies) et enfin les troubles sensitifs (névralgies).

En résumé le livre de M. Mawhinney, où ne sont cités exclusivement que des auteurs américains, quoique sans aucune indication bibliographique, doit refléter assez exactement l'état actuel des idées des dentistes des Etats-Unis. Nous y trouvons des choses excellentes et peu connues en France, dans la technique de la thérapeutique dentaire pure, mais nous avons été surpris de la confusion, évidemment apparente, qui semble régner dans la pathogénie et la clinique de certaines affections dentaires et de certains accidents péri- buccaux d'origine dentaire.

GEORGES LEMERLE.

REVUE ANALYTIQUE

Par MM. Henry Dreyfus et Georges Lemerle.

PATHOLOGIE BUCCALE.

Drs Desplats et Faidherbe, Angiome grave de la langue guéri en deux séances d'électro-puncture bipolaire. (*Journal des Sciences méd. de Lille*, n° 13, 1^{er} avril 1905.)

Dans le cas rapporté par MM. Desplats et Faidherbe, il s'agit d'un enfant de huit mois, jusqu'alors bien portant, présentant à la face supérieure de la langue, en avant de la branche gauche du V lingual, une tuméfaction bleutâtre, arrondie, du volume d'une cerise, de consistance presque dure. On porte à ce moment le diagnostic d'angiome. En quinze jours, l'état général s'aggrave, la tumeur a plus que doublé, étaillée et fortement aplatie à la partie supérieure qui se moule sur le palais; la teinte est d'un violet noir assez accentué; la langue est dans son ensemble recouverte d'un enduit saburrel très épais.

On décide d'appliquer le traitement électrolytique. Deux aiguilles de platine, isolées jusqu'à deux centimètres de leur extrémité, sont reliées à un fil souple bifurqué, correspondant au pôle positif, et enfoncées parallèlement dans la tumeur; une troisième aiguille semblable, reliée au pôle négatif, est enfoncée parallèlement aux deux premières, de façon à éviter tout contact direct. Le courant est alors amené progressivement jusqu'à 40 millampères, et maintenu pendant quatre minutes à cette intensité. On recommence ensuite la même opération dans un autre point de la tumeur. Dans les trois jours qui suivent, une notable amélioration se produit dans l'état général et dans l'état local. Dix jours après la première, on procède à une nouvelle séance d'électro-puncture; la tumeur est à ce moment réduite au quart de son volume; on se contente de faire une seule application de trois minutes, avec deux aiguilles seule-

ment. De jour en jour, l'amélioration locale progresse, et quinze jours après la deuxième séance d'électro-puncture, la langue est tout à fait nette.

Le cas de MM. Desplats et Faidherbe est un bel exemple de l'efficacité et de la rapidité d'action de l'électrolyse. Cette rapidité d'action tient surtout à l'emploi de la méthode bipolaire, que les auteurs ont préférée à la méthode monopolaire positive; le procédé bipolaire permet de délimiter nettement l'action électrolytique entre les aiguilles, et dans leur voisinage immédiat. On lui a reproché l'affaiblissement de la paroi de l'escharre, la mauvaise cicatrice consécutive; mais en employant des aiguilles recouvertes d'un vernis isolant, découpées sur la portion que l'on enfonce dans la tumeur, on obtient un résultat parfait.

H. D.

J. Sabrazès, Bruits anormaux de mastication chez les tabétiques. (*Gazette hebd. des Sc. méd. de Bordeaux*, n° 10, 16 avril 1905.)

Dans deux cas de tabes l'auteur a noté, à l'occasion des mouvements de mastication, un bruit de crépitation intense perceptible à 50 centimètres, se produisant dans les articulations temporo-maxillaires. Les malades semblaient toujours mastiquer une croûte de pain très croustillante. Ce bruit est dû aux rugosités et aux déformations des surfaces articulaires (arthropathies des mâchoires avec mouvements anormaux allant jusqu'à la subluxation en avant).

H. D.

Les dangers de l'extraction des dents pendant les règles. (*Semaine Médicale*, n° 19, 10 mai 1905.)

L'auteur rappelle l'influence que la menstruation paraît exercer sur le sys-

tème dentaire — sensibilité particulière de la dentine, névralgies dentaires, tuméfaction gingivale, etc., coïncidant parfois avec les règles. Il relate l'observation d'une dent obturée probablement après coiffage de la pulpe, et donnant lieu à des crises de pulpite aiguë, concordant précisément avec les époques menstruelles. D'autre part, il est des cas de déviation des règles, où l'hémorragie périodique se fait jour par la bouche, surtout par les gencives.

Il est donc naturel de se demander, si la menstruation ne constitue pas une contre-indication absolue aux interventions dentaires, notamment aux extractions, par crainte, soit de complications buccales, soit de suites fâcheuses dans la sphère génitale.

Un fait, rapporté par le Dr Anoufrier, d'Odessa, semble montrer qu'il peut y avoir un danger sérieux à procéder à des extractions dentaires pendant la menstruation. Il s'agit d'une femme de 25 ans hystérique, mais habituellement bien réglée, à laquelle, vers la fin de ses règles il fut extrait six racines, sous chloroforme. Il ne se produisit pas d'hémorragie alvéolaire considérable. Mais les règles, qui avaient débuté six jours auparavant, reprirent d'une façon abondante, et ne s'arrêtèrent pas, malgré l'administration d'ergot de seigle et le tamponnement du vagin. Des symptômes graves d'anémie aiguë nécessitèrent alors le transport à l'hôpital, où toutes les médications et interventions habituelles échouèrent. Le curetage de l'utérus, pratiqué en désespoir de cause, ne réussit à tarir l'hémorragie que secondé par un pansement intra-utérin, fait de mèches imbibées d'une solution d'adrénaline au millième. L'examen microscopique démontra l'existence d'une endométrite glandulaire, lésion prédisposant à la ménorrhagie. Malgré cette dernière, il semble bien que le fait que cette femme était toujours bien réglée et perdait peu doive faire rattacher ces accidents à l'avulsion des racines; cependant les cas de ce genre sont heureusement exceptionnels; l'accident que l'on peut

le plus ordinairement observer est un arrêt transitoire de l'écoulement menstrual, sans inconvenients sérieux. On ne considérera donc pas la menstruation comme une contre-indication *absolue*; il n'en est pas moins vrai que, connaissant les dangers, si peu probables qu'ils soient, des extractions dentaires pendant les règles, on se montrera prudent en essayant, dans la mesure du possible, de différer l'intervention.

H. D.

Dr Weill-Hallé, *La maladie de Barlow.* (*Gazette des Hôpitaux*, nos 44 et 47, 15-22 avril 1905.)

La maladie de Barlow, ou scorbut infantile, est une affection qui atteint les nourrissons (7 à 18 mois) et se reconnaît cliniquement par le groupement de symptômes constants : hémorragies sous-périostées et suffusions sanguines gingivales. La cause essentielle en paraît être l'emploi de laits conservés ou de spécialités alimentaires. Cependant un lait pur, seulement stérilisé, est moins nocif que les autres laits, modifiés et manipulés (lait maternisé, oxygéné, etc.). Il s'agit donc d'une maladie essentiellement moderne. Elle débute assez brusquement; l'enfant présente une pâleur qui contraste souvent avec un embonpoint satisfaisant; son humeur change, il semble souffrir. Alors apparaissent un certain nombre de symptômes constants et de complications exceptionnelles, qui donnent à la maladie son caractère: tuméfactions en certains points des jambes, hyperesthésie intense des membres inférieurs, gagnant souvent le tronc, empâtement douloureux siégeant le long des fémurs (hématomes sous périostées), fractures des côtes et des os longs, hématome orbitaire, avec exophthalmie. Les ecchymoses gingivales et les hémorragies buccales constituent un des meilleurs signes, du moins postérieurement à l'éruption des dents, ou même d'une seule dent; quant les dents sont rares, les gencives présentent des granulations hémorragiques, sans gonflement excessif. Quand les dents sont nombreuses, les

gencives, tuméfiées à la base des dents, les cachent à moitié d'un bourrelet ecchymotique, donnant une odeur fétide, tandis qu'il se fait un suintement sanguinolent aux commissures. A un degré plus avancé les granulations peuvent même faire saillie hors de la bouche, et entraver l'alimentation.

Le traitement est simple et, institué à temps, réussit toujours. Il consiste essentiellement dans l'absolue modification de l'alimentation (lait bouilli crème fraîche, jus de fruit.) Pour les gencives, on utilise le jus de citron dilué.

H. D.

P. Jacques, Du rôle pathogénique des lésions alvéolaires anciennes dans la sinusite maxillaire aiguë prolongée. (Revue hebd. de laryngologie, etc., n° 18, 6 mai 1905.)

Le rôle pathogénique de la périodontite des molaires supérieures dans la sinusite maxillaire aiguë est définitivement entré dans la pathologie courante ; aussi n'est-ce pas sur les lésions dentaires que M. Jacques désire attirer l'attention, mais sur certaines altérations alvéolaires, susceptibles de survivre à l'extraction des molaires incriminées, et d'entretenir le processus suppuratif de l'antre. Il veut établir qu'une extraction correcte et complète de la dent infectante ne suffit pas toujours à faire disparaître tout foyer d'infection.

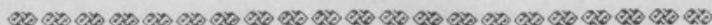
A l'appui de sa thèse, l'auteur cite deux observations, qui paraissent tout à fait concluantes. Dans le 1^{er} cas, il s'agit d'une sinusite récente, liée à des lésions avancées de la dent de douze ans. Celle-ci est extraite en totalité, mais l'état local ne se modifie pas, malgré des lavages nasaux régulièrement exécutés, qui n'arrivent ni à tarir l'écoulement, ni à en atténuer

la fétidité. Trois ponctions, pratiquées par le méat inférieur, ramènent du pus infect et produisent un soulagement marqué. Mais l'amélioration, jusque-là progressive, s'arrête, malgré des ponctions transmémentales répétées, et de larges irrigations antiseptiques. De temps en temps, le malade accuse une douleur sourde au niveau de l'alvéole de la dent extraite. On émet alors l'hypothèse d'un foyer profond d'ostéite, uniquement en rapport avec la cavité sinuseuse, et l'on tente une simple téribération alvéolaire de l'antre à travers la région suspecte. Cette minime intervention réussit à merveille, et l'on peut, au bout d'une semaine, laisser se fermer le trajet ; la guérison s'est maintenue intégrale.

M. Jacques rappelle que les réinfections du sinus, pendant le cours du traitement, peuvent relever soit d'un état pathologique général, soit de l'irritation directe — thérapeutique ou accidentelle — soit d'une propagation de voisinage, et en particulier d'une infection dentaire. S'appuyant sur les observations qu'il relate, l'auteur conclut que, lorsqu'une sinusite maxillaire récente se prolonge malgré un traitement rationnel, il faut penser à un foyer profond d'ostéite qui, évacuant librement dans le sinus le pus qu'il sécrète, peut s'isoler complètement de la cavité buccale, et subsister au centre de l'apophyse alvéolaire, avec une gencive entièrement cicatrisée.

Avec M. Jacques, nous nous demandons si pratiquement on n'est pas en droit de décider la téribération alvéolaire, dans tous les empyèmes d'origine dentaire, où la simple avulsion s'est montrée inefficace, et réservoir le procédé nasal aux seules sinusites de cause rhinogène.

H. D.



Chronique professionnelle

3^e CONGRÈS DENTAIRE ESPAGNOL

Le 3^e Congrès dentaire espagnol se tiendra, comme nous l'avons annoncé, du 28 juillet au 1^{er} août, à Palma de Majorque sous le patronage du roi d'Espagne.

Le programme est le suivant:

Vendredi 28 juillet, à 11 heures du matin, séance d'ouverture au Théâtre principal.

A 3 h., séance scientifique.

A 5 h. 1/2, garden-party dans les jardins du château de Bellver.

Samedi 29, à 9 h. du matin, démonstrations pratiques.

A 3 h., séance scientifique.

A 8 h. du soir, banquet au Grand-Hôtel.

A 10 h. du soir, embarquement pour l'excursion maritime.

Dimanche 30, excursions aux grottes d'Arta et de Monaco et retour le soir à Palma.

Lundi 31, à 9 h. du matin, démonstrations cliniques.

A 3 h., séance scientifique.

A 8 h., réception à l'Hôtel de Ville.

Mardi 1^{er} août, à 9 h., réunion de commissions.

A midi, vote de résolutions; élection du nouveau bureau de la Fédération odontologique espagnole; désignation du siège du 4^e Congrès; clôture.

Les étrangers peuvent être membres titulaires du Congrès moyennant une cotisation de 25 pesetas. Les membres de leur famille peuvent être membres adjoints moyennant une cotisation de 15 pesetas. Les premiers ont seuls voix délibérative et peuvent seuls présenter des travaux.

La Commission d'organisation a obtenu des réductions sur les prix des chemins de fer, bateaux à vapeur, hôtels, etc. C'est ainsi que de Barcelone à Palma et vice versa, du 27 juillet au 2 août, la traversée en 1^{re} classe, le logement, la nourriture au Grand-Hôtel et l'assistance au banquet coûteront seulement 100 pesetas. Les excursions sont comprises dans ce prix.

Adresser les adhésions à M. Florestan Aguilar, Alcala 72, duplicado, Madrid.

SOCIÉTÉ ODONTOLOGIQUE DE FRANCE

Nous avons annoncé dans notre dernier numéro l'apparition d'un nouveau journal, la *Revue de Chirurgie dentaire*, organe officiel de la Société Odontologique de France, société qui formait jusqu'à ces derniers temps une branche de l'Association Odontologique siégeant, 5, rue Garancière.

Cette Société s'est séparée du groupement de l'Association Odontologique et tiendra à l'avenir ses séances, 3, rue Serpente, à l'Hôtel des Sociétés savantes.

A l'occasion de cette scission, on lit dans la *Revue Odontologique* la note suivante :

AVIS IMPORTANT.

Nous avons l'honneur de prévenir nos lecteurs, et en général les membres de la Société Odontologique, qu'à l'avenir le bulletin de cette Société ne sera plus publié dans la Revue. — Cet événement fâcheux provient d'un vote de l'Assemblée générale extraordinaire du 18 avril 1905. Les membres nouveaux de la Société qui s'y trouvaient en majorité en ont ainsi décidé.

La Société Odontologique, en raison de ce vote et d'un nouveau règlement qu'elle s'est attribué, ne fait donc plus partie de l'Association de l'Ecole Odontologique ; mais la « *Revue Odontologique* », journal officiel de l'Association, continue sa publication sans aucune autre modification et la direction informe ses abonnés que le journal leur sera distribué régulièrement comme par le passé.

La *Revue Odontologique* publie d'autre part les lettres suivantes et quelques commentaires que nous reproduisons à titre documentaire :

On lit dans le premier numéro de la *Revue de Chirurgie dentaire* la déclaration suivante :

*Assemblée générale extraordinaire du 18 avril 1905.
(Extrait.)*

ORDRE DU JOUR :

Projet de statuts.

Projet de conventions avec l'Association Odontologique.

La Société, réunie en Assemblée générale extraordinaire, a, dans cette séance, adopté à l'unanimité les statuts proposés par la Commission nommée en Assemblée générale ordinaire du 28 février, et composée de MM. Amoëdo, Barden, Fontanel, Grimaud, Hivert, Neech, Queudot, Rodolphe et Siffre (le bureau, plus trois membres).

Les statuts confèrent à la Société l'autonomie.

Cette autonomie motivait la demande à l'Association Odontotechnique de continuer les relations anciennes, en l'indemnissant, c'est-à-dire de lui donner asile dans la *Revue Odontologique* pour ses travaux, et dans une salle de l'Ecole pour ses séances.

Le Conseil d'administration n'ayant pas cru devoir accepter les propositions faites par la Société Odontologique, elle a décidé de vivre libre.

Paris, 2 avril 1905.

Monsieur Ducournau, président du Conseil d'administration.

Vous savez que la Société Odontologique de France a nommé une Commission chargée de modifier les statuts. Cette Commission a élaboré un projet donnant à la Société une indépendance absolue, tant au point de vue administratif que financier.

Ce projet sera soumis à la Société le 18 avril prochain, mais en même temps la Commission désire lui soumettre un projet d'organisation.

En effet, il faut que la Société fasse élection de domicile et choix d'un journal pour la publication de ses travaux.

D'autre part, tous les membres de la Commission n'ont pas oublié que moralement la Société est une des parties du groupement odontotechnique ; il faut donc qu'elle garde avec l'Association les excellents rapports qu'elle a eus jusqu'ici.

Les membres de la Commission vous prient donc d'étudier et de soumettre au Conseil d'administration les propositions suivantes.

L'Association accorderait à la Société :

1^e 16 pages au moins par numéro de la *Revue Odontologique* pour les travaux de la Société.

Toutes les publications faites par la Société seraient acceptées par l'Association et publiées sous la responsabilité absolue de la Société, ayant un comité de rédaction indépendant de celui du journal ;

2^e L'Association servirait le journal à tous les membres de la Société ;

3^e L'Association fournirait à la Société le local nécessaire pour toutes ses réunions ordinaires et extraordinaires, y compris frais d'éclairage et de personnel.

La Société accorderait en échange à l'Association :

1^e Une rétribution de 10 francs par membre titulaire ;

2^e La priorité absolue de la publication de tous les travaux présentés par ses membres.

Enfin, le bureau de la Société ne disposerait pas du local, pour des réunions extraordinaires, sans une entente préalable avec le président de l'Association.

Voici, monsieur Ducournau, ce que l'on m'a chargé de vous proposer, en vous priant de bien vouloir donner une réponse avant le 18 avril.

Enfin, cette Commission m'a délégué auprès du Conseil d'administration pour toutes les explications dont ses membres pourraient avoir besoin ; je vous serais donc très obligé, si vous le réunissez, de me convoquer, si vous le jugez à propos.

Je vous prie d'agrérer, monsieur Ducournau, l'assurance de mes sentiments très respectueux.

P. FONTANEL,
1, rue Vercingétorix.

Monsieur Fontanel, délégué de la Société Odontologique,

En réponse à vos deux lettres du 2 et 14 courant, concernant la demande que vous avez faite au Conseil d'administration, j'ai l'honneur de vous informer que le Conseil n'a pas cru devoir l'accepter :

1^e Parce que l'offre que vous faites de lui verser seulement la moitié des cotisations de vos membres ne suffit pas aux charges que vous lui imposez ; 2^e parce que l'Association ne peut s'astreindre à accepter sans contrôle la publicité scientifique ou autre, que la Société Odontologique fera dans son journal.

Ces deux questions sont primordiales ; quant aux autres conditions, il va sans dire que nous ferons en sorte de vous être agréables.

Veuillez agréer, monsieur le Délégué, l'assurance de mes meilleurs sentiments.

*Le Président de l'Association,
F. DUCOURNAU.*

Le 18 avril, j'assistais à l'Assemblée générale extraordinaire qui avait lieu dans l'amphithéâtre de notre Ecole ; je supposais qu'en cette séance il nous serait fait de nouvelles propositions d'entente cordiale, car j'étais loin de penser que tout était rompu entre la Société et l'Association ; mais j'attendis en vain, personne ne fit allusion à nos précédents pourparlers. Enfin, le 20 avril, j'eus la surprise de recevoir une convocation de la Société Odontologique qui se réunissait le 25 à l'Hôtel des Sociétés savantes, rue Danton, et, par une troisième lettre, celle-là recommandée et datée du 29 avril, le Secrétaire général me confirmait, sans autres préambules, la rupture définitive de la Société avec l'Association.

Ainsi qu'en fait mention M. Fontanel dans sa première lettre, la Société Odontologique faisant partie du groupement odontotechnique, avait tout intérêt à garder avec l'Association les excellents rapports qu'elle a eus jusqu'ici. D'où vient alors qu'elle ait brusquement ses bonnes relations ?

Décidément, les jeunes générations ont des principes qui ne sont guère parlementaires.

Pour compléter leur œuvre, après avoir décidé de faire le dimanche des démonstrations pratiques, les membres de la Société, au lieu de s'informer si ces démonstrations pourraient être faites à l'Ecole Odontologique (chose toute naturelle), invitaient les élèves à y assister dans le local particulier où M. Siffre, leur président actuel, a la prétention de faire, d'un médecin, un dentiste en huit jours d'études spéciales.

De pareils procédés n'ont pas besoin de commentaires.

CONGRÈS DE CHERBOURG.

Section d'Odontologie de l'A. F. A. S. et F. D. N. (2-9 août 1905).

Nous rappelons que la Section d'Odontologie du Congrès de l'A. F. A. S. à Cherbourg et la F. D. N. commenceront leurs travaux le 2 août.

Prière d'envoyer les titres des communications et démonstrations à MM. Frey, 99, boulevard Haussmann ou Georges Lemerle, 35, avenue de l'Opéra. Nous les publierons, ainsi que la liste des adhérents, dans le n° du 15 juillet.

NÉCROLOGIE

ERICH RICHTER

On annonce la mort du Dr Erich Richter après une courte maladie. Il avait été pendant de longues années rédacteur en chef du *Journal für Zahnheilkunde*.

Notre confrère M. E. Devin, de Sedan, membre de l'Association générale des dentistes de France, qui avait perdu sa famille et sa fortune lors de l'éruption du Mont-Pelée à La Martinique, vient d'être de nouveau cruellement éprouvé par la mort de sa fille Marie-Thérèse, âgée de 13 mois, survenue le 1^{er} juin.

Nous exprimons à notre confrère l'expression de nos très sincères regrets.

NOUVELLES

ASSOCIATION DENTAIRE NATIONALE AMÉRICAINE.

La 9^e assemblée annuelle de l'Association dentaire nationale américaine aura lieu à Buffalo (New-York), du 25 au 28 juillet.

MARIAGE.

On annonce le mariage de notre confrère M. Z. Eudlitz, D.E.D.P., D.D.S., chirurgien-dentiste, avec M^{me} Minnie de Haan, de Philadelphie.

Tous nos vœux de bonheur aux jeunes époux.

ERRATUM.

Nous avons omis MM. Choquet, Frey et Gillard dans la liste des souscripteurs au monument Lecaudey que nous avons publiée dans notre dernier numéro.

DERNIÈRE HEURE

Nous avons reçu trop tard pour la publier une lettre de M. Bonnard, que nous insérerons ultérieurement.

INDEX ALPHABÉTIQUE DES MATIÈRES

1^{er} semestre 1905.

A

- A. B. C.** des couronnes et des bridges (L'), p. 107, 293, 343, 395.
Abcès et des fistules d'origine dentaire (Emploi de l'oxygène pour le traitement des), p. 503.
Accidents de l'extraction dentaire (Quelques), p. 469.
Actinomyose de la mâchoire, p. 462.
Adrénaline sur l'organisme animal (Action de l'), p. 58.
Alimentation des enfants (L'), p. 571.
Allocution de M. Loup, p. 169.
— — — Delair, p. 172.
Amalgame ? (Comment se fait-il que l'émail soit coloré par des plombages d'), p. 571.
— (Obturations au ciment et à l'), p. 604.
Amygdale (Angine de Vincent simulant un chancre syphilitique de l'), p. 181.
Amygdalite lacunaire ulcéreuse aiguë, p. 524.
Anesthésie par la rachistovatnisation (De l'), p. 119.
— générale au chlorure d'éthyle, p. 90, 155.
— chloroformique restent invariables tant que la ventilation pulmonaire reste à peu près normale (Les proportions des gaz du sang artériel pendant le cours de l'), p. 403.
— et les variations de la ventilation pulmonaire (La pénétration des vapeurs de chloroforme dans le sang pendant l'), p. 404.
— (Sur l'importance pratique de l'exploration de la pression artérielle pour éviter les accidents de l'), p. 404.
— générale par insufflation nasopharyngée (L'), p. 465.
— — (L'introduction de vapeurs d'éther dans le rectum comme méthode d'), p. 466.
— locale (De l'), p. 469.
— en odontologie (L'), p. 653.
— générale. Mélange d'oxygène et de chloroforme (Appareil pour l'), p. 503.
— pulmonaire (Démonstration sur l'), p. 504.
— générale (Présentation d'un dispositif spécial pour l'administration du chlorure d'éthyle ou de tout autre anesthésique pour l'), p. 504, 643.
— pulpaire en dentisterie (De l'), p. 507.
Anesthésique général en chirurgie (La scopolamine comme), p. 354, 458.
— pour l'anesthésie générale (Dispositif spécial pour l'administration du chlorure d'éthyle ou de tout autre), p. 643.
Anesthésiques en général et du bromure d'éthyle en particulier dans l'opération des végétations adénoïdes (Sur les funestes et regrettables conséquences que peut entraîner l'emploi injustifié des), p. 251.
— sur le sang (L'action des), p. 467.
Angine de Vincent simulant un chancre syphilitique de l'amygdale, p. 181.
— ulcéreuse (Sur la nature de la stomatite et de l'), p. 119.
Angiome grave de la langue guéri en deux séances d'électro-puncture bipolaire, p. 656.
Ankylose des mâchoires par fusion des maxillaires gauches avec perte de substance de la joue, p. 401.
Anomalie (Difficulté d'extraction d'une molaire supérieure par suite d'), p. 249.
Antisepsie buccale, son influence prophylactique sur les maladies locales et générales (L'), p. 410.
Aphte ? (Que doit-on entendre par le mot), p. 468.
Appareil à chloroformisation, p. 179.
Appareils en caoutchouc (Méthode de reproduction des), p. 291, 441.

- à chloroformisation (Sur les), p. 179, 458.
- — — (A propos des nouveaux), p. 459.
- dilatateurs des maxillaires, p. 388, 599.
- Art dentaire** (Les rayons X et l'), p. 468.
- Articulation alvéolo-dentaire** (L'), p. 239.
- (L'), p. 302.
- Assemblée** générale de la B. D. A., p. 362.
- — du cercle des D. E. D. P., p. 414.
- — des dentistes de Belgique, p. 415.
- Assistance publique** (Rapport de M. le Directeur de l'), p. 315.
- Association** française pour l'avancement des sciences : réunion de Cherbourg, août 1905, p. 134, 614.
- dentaire britannique, p. 307.
- nationale américaine, p. 663.
- générale des dentistes de France, p. 74, 133, 107, 306, 361.
- nationale des Facultés dentaires, p. 362.
- Aurification** basée sur le principe du Dr Black. Méthode d'extension préventive (Démonstration d'une), p. 502.
- Avis**, p. 305, 526, 642.

B

- Bacille** fusiforme et du spirillum spumigenum (Non-identité du), p. 406.
- Banquet** des D. E. D. P., p. 300.
- p. 570.
- Bohl** (Joseph), p. 362.
- Bouche** (L'extension comme moyen de prévention de la carie ; étude de l'état de la), p. 118.
- par les essences odorantes (Désinfection de la), p. 186.
- stomatite simple et compliquée (L'agent métabolique dans ses rapports avec l'inflammation de la), p. 302.
- (kyste dermoïde du plancher de la) p. 405.
- (Un cas de syphilis héréditaire de la), p. 121, 460.
- et des dents (Clinique des maladies de la), p. 351.
- — — (anatomie et physiologie de la), p. 604.
- (Les praticiens et la), p. 618.
- Bridge** démontable (Un cas de), p. 513.
- Bridge-Work** (Application de la couronne Davis au), p. 27.
- Bridges** (L'A. B. C. des couronnes et des), p. 107, 293, 343, 395.

- inamovibles (Présentation de), p. 505.

Bromure d'éthyle en particulier dans l'opération des végétations adénoïdes (Funestes et regrettables conséquences que peut entraîner l'emploi injustifié des anesthésiques en général et du), p. 251.

- Bulletin**, p. 141.
- (A propos de notre dernier), p. 253.

Bureau du Cercle des D. E. D. P. (Renouvellement du), p. 416.

C

Cancer de la joue ; autoplastie, p. 405.

— — — langue chez la femme, p. 181.

Caoutchouc (Sur la maladie du), p. 533, 587.

— coloré (A propos de l'intoxication par le), p. 555.

— (Méthode de reproduction des appareils en), p. 291, 441.

Carie dentaire (Prophylaxie de la), p. 118.

— étude de l'état de la bouche (L'extension comme moyen de prévention de la), p. 118.

— dentaire (Influence du terrain dans la symptomatologie de la), p. 177.

— dentaire (Conséquences économiques de la), p. 189.

— dans les écoles et dans l'armée (La lutte contre), p. 219.

— du 4^e degré et de ses complications (Contribution au traitement de la), p. 285.

— dentaire (Evolution du traitement de la), p. 470.

— circulaire consécutive à la tuberculose chez les enfants, p. 606.

Cas intéressant (Un), p. 353.

Cavités approximales comprenant l'occlusale ou autres surfaces pour les plombages de porcelaine (Préparation des), p. 518.

— simples pour la restauration par la porcelaine (Préparation de), p. 572.

Cercle des D. E. D. P. (Assemblée générale du), p. 414.

— — — (Renouvellement du Bureau du), p. 416.

Certificat d'études (Examens du), p. 525.

Chancre syphilitique de l'amygdale (Angine de Vincent simulant un), p. 181.

Cheville pour cabinet d'opération, p. 446.

Chirurgie (La scopolamine comme anesthésique général en), p. 554, 458.

— dentaire (Les différents modes

- d'emploi du chlorure d'éthyle en), p. 85.
- * — (Ecole canadienne de), p. 135.
- — (Anesthésie générale au chlorure d'éthyle, p. 155.
- — (Le doctorat en), p. 575.
- Chirurgien-dentiste** (Cours préparatoires pour l'examen du diplôme d'Etat de), p. 470 bis.
- — (Session d'examens pour le diplôme de), p. 573.
- Chirurgiens-dentistes allemands** (Réunion annuelle des), p. 307.
- Chloroforme** absorbées (Recherches expérimentales sur les relations entre la pression artérielle et les doses de), p. 403.
- dans le sang pendant l'anesthésie et les variations de la ventilation pulmonaire (La pénétration des vapeurs de), p. 404.
- en pression artérielle, p. 410.
- — d'air ou d'oxygène (Chloroformisation à l'aide de nouveaux appareils à mélanges titrés de), p. 457.
- (Appareil pour l'anesthésie générale. Mélange d'oxygène et de), p. 503.
- Chloroformisation** (Appareil à), p. 179.
- (Sur les appareils à), p. 179, 458.
- à l'aide de nouveaux appareils à mélanges titrés de chloroforme et d'air ou d'oxygène, p. 457.
- (A propos des nouveaux appareils à), p. 459, 460.
- Chlorure d'éthyle** en chirurgie dentaire (Les différents modes d'emploi du), p. 85.
- — — (Anesthésie générale au), p. 99, 155.
- — — ou de tout autre anesthésique (Dispositif spécial pour l'administration du), p. 504, 643.
- Ciment** (Obтурations au ciment et à l'amalgame), p. 604.
- Clinique** des maladies de la bouche et des dents, p. 151.
- Cocaïne** (Une fillette empoisonnée par la), p. 58.
- Collège** australien de dentisterie, p. 254.
- Concours** à l'Ecole dentaire de Paris, p. 73, 134, 199.
- pour une place de chirurgien-dentiste des hôpitaux de Saint-Etienne, p. 76.
- de l'Ecole du service de santé militaire (La préparation au), p. 77.
- Conférences aux militaires**, p. 525.
- d'hygiène dentaire (Projections destinées aux), p. 452.
- Congrès** de Bâle, p. 41.
- de chimie et de pharmacie, p. 199.
- et exposition Röntgen à Berlin, p. 307.
- de Cherbourg, p. 576, 614, 672.
- russe d'Odontologie (4^e), p. 617.
- dentaire espagnol (3^e), p. 659.
- Constriction** cicatricielle des mâchoires (Nouveau procédé autoplastique contre la), p. 357.
- Contact** (A propos du point de), p. 570.
- Couronne** Davis au Bridge Work (Application de la), p. 27.
- Couronnes** et des bridges (L'A. B. C. des), p. 107, 293, 343, 393.
- métalliques pour la conservation des racines (De l'inutilité des), p. 444.
- de porcelaine indépendantes et autres travaux de reconstitution (Pivots articulés automatiquement dirigeables pour), p. 500.
- en porcelaine (Emploi du four pour souder le revêtement employé dans la fabrication des), p. 521.
- artificielles (Considérations sur le travail des), p. 611.
- Cours** préparatoires pour l'examen du diplôme d'Etat de chirurgien-dentiste, p. 470 bis.
- Crâne** (Fracture du). Prothèse métallique, p. 410.
- Critique** de M. Robert Duncan Mc. Bridge, p. 237.
- Cuspides** linguales en prothèse dentaire (Plaidoyer en faveur des), p. 117.

D

- Décolletage** des racines en vue de leur frettage, c'est-à-dire de l'application d'une bague à leur collet au moyen de l'appareil dit "Fretteur", p. 500.
- Défini** opposé à l'indéfini (Le), p. 302.
- Démonstration** de M. Wirth, p. 505.
- Démonstrations** pratiques (Séance de), p. 74, 500.
- Dent** de sagesse (Histologie pathologique d'une), p. 185.
- tombée dans les voies respiratoires (Une), p. 189.
- Dentine** (Des divers traitements de l'hyperesthésie de la), p. 5.
- (Structure histologique de la), p. 187, 408.
- (Notes complémentaires sur l'emploi de l'érythrophléine contre la sensibilité de la), p. 373, 450.
- et sections en série (Sections microtomes de la), p. 407.
- Dentiste** des hôpitaux de St-Etienne (Concours pour une place de chirurgien-), p. 76.

- (Suicide d'un), p. 200.
 - Usurpation de titre (Mécanicien), p. 303.
 - fonctionnaire aux colonies, p. 383, 452.
 - américain (Le), p. 423, 539.
 - Dentisterie** (Relations de la médecine et de la), p. 118.
 - opératoire (La porcelaine, son but et son influence en), p. 118.
 - (Collège australien de), p. 254.
 - Dentistes de France** (Association générale des), p. 74, 133, 197, 306, 361.
 - — — (Société coopérative des), p. 77.
 - allemands (Réunion annuelle des chirurgiens-), p. 307.
 - (Incendies chez des), p. 307.
 - de la marine, p. 526.
 - de France (Lettres au syndicat des chirurgiens-), p. 561.
 - Belgique (Assemblée générale des), p. 415.
 - Dents** et le système lymphatique (Rapports entre les maladies des), p. 59.
 - (Douleurs réflexes et troubles consécutifs à l'obturation des dents), p. 121.
 - et son importance pratique (La rétention des), p. 183.
 - et ses indications (L'extraction des), p. 185.
 - les poils et les ongles (Etude de certaines analogies entre les), p. 188.
 - et sur leurs maladies (Influence exercée par l'habitat sur la composition des), p. 250.
 - (La molaire principale chez l'homme ; ses relations avec les autres), p. 335, 387.
 - (Clinique des maladies de la bouche et des), p. 351.
 - (La stypticine contre les hémorragies consécutives à l'extraction des), p. 356.
 - (Identification par les), p. 526.
 - (Anatomie et physiologie de la bouche et des), p. 564.
 - (Sur les emplois de la brosse à), p. 568.
 - pendant les règles (Les dangers de l'extraction des), p. 656.
 - Denture** avec le squelette (Les rapports du tissu dentaire et de la), p. 249.
 - Dernière heure**, p. 526, 663.
 - Désinfection** de la bouche par les essences odorantes, p. 186.
 - Devin** (M^{me}), p. 663.
 - Dévitalisation** de la pulpe (De la), p. 250.
 - Diplôme de chirurgien-dentiste** (Session d'examens pour le), p. 573.
 - Diplômés** allemands, p. 626.
 - Dispensaire** (Un nouveau), p. 471.
 - Distinctions honorifiques**, p. 73, 134.
 - Doctorat** en chirurgie dentaire (Le), p. 575.
- E**
- Ecole** dentaire de Paris (Concours à), p. 73, 134, 199, 575.
 - — — (Cours préparatoires), p. 470 bis.
 - — — (Groupement de l'), p. 472, 525.
 - — — (Visite à l'), p. 575.
 - de psychologie, p. 77, 107.
 - du service de santé militaire (La préparation au concours de l'), p. 77.
 - canadienne de chirurgie dentaire, p. 135.
 - dentaire de Montréal, p. 307.
 - Ecoles** dentaires et leurs relations avec la profession (Les), p. 119.
 - — reconnues d'utilité publique (Projet relatif aux), p. 369.
 - et la législation dentaires aux Etats-Unis (Les), p. 261, 325.
 - Elévateurs.** Langues-de-carpe et pieds-de-biche (Nouveaux), p. 281, 442.
 - Email?** (Y a-t-il du tissu non calcifié dans l'), p. 301.
 - (Transmission des sensations douloureuses à travers l'), p. 517.
 - soit coloré par les plombages d'amalgame ? (Comment se fait-il que l'), p. 571.
 - Empreintes** (Quelques notes sur les), p. 518.
 - Enfants** (L'alimentation des), p. 571.
 - Entamœba buccalis** (L'), p. 523.
 - Epithélioma** végétant de la région temporo-maxillaire guéri par la radiothérapie (Un cas d'), p. 120.
 - Adamantin du maxillaire, p. 180.
 - Empreintes** (Quelques notes sur les), p. 518.
 - Erosions** dentaires (Les), p. 463.
 - Erich Richter, p. 663.
 - Erratum**, p. 663.
 - Erythrophléine** contre la sensibilité de la dentine (Notes complémentaires sur l'emploi de l'), p. 373, 450.
 - Esthétique** dentaire, p. 608.
 - Ether** dans le rectum comme méthode d'anesthésie générale (Introduction de vapeurs d'), p. 466.
 - Evolution** de l'homme (Changements anatomiques dans la tête, la face, les mâchoires et les dents durant l'), p. 62.

Examen pour l'examen du diplôme d'Etat de chirurgien-dentiste, p. 573.
Examens pour le diplôme de chirurgien-dentiste, 573.
Extraction des dents (La stypticine contre les hémorragies consécutives à l'), p. 356.
 — — — et ses indications (L'), p. 185.
 — — — pendant les règles (Les dangers de l'), p. 656.
 — dentaire (Quelques accidents de l'), p. 469.
 — d'une molaire supérieure par suite d'anomalie (Difficulté d'), p. 249.
Extractions dentaires (Névralgie et surdité guéries par des), p. 356.

F

Facultés dentaires (Association nationale des), p. 362.
Fédération dentaire internationale adoptés par le 4^e Congrès dentaire international de St-Louis (Statuts et règlement de la), p. 49.
 — — — p. 574.
 — dentaire nationale, p. 307, 413, 493.
 — allemande, p. 471.
 — des médecins-dentistes d'Italie, p. 526.
Fétidité buccale (Contre la), p. 516.
Fistules d'origine dentaire (Cure radicale des), p. 469.
 — — — (Emploi de l'oxygène pour le traitement des abcès et des), p. 503.

Fontaine à eau chaude et transformateur sur courant continu, p. 453.
Four électrique pour 10 shillings (De la fabrication d'un), p. 568.
Fracture du crâne. Disjonction des sutures médico-frontale, sagittale et coronale. Trépanation, prothèse métallique, guérison, p. 470.
Frettage, c'est-à-dire application d'une bague à leur collet au moyen de l'appareil dit fretteur (Décolletage des racines en vue de leur), p. 500.

G

Gencive (Chancré de la), p. 405.
Gencives (Tuberculose primitive des), p. 59.
Georges (Jean-Bertrand), p. 362.
Glande sous-maxillaire (Sclérose lithiasique), p. 405.
Glossite tuberculeuse disséminée (Cas de), p. 60.
Groupement de l'Ecole dentaire de Paris, p. 472, 525.
Gutta-Percha métallisée pour les ob-

turations des dents (De l'emploi de la), p. 521.

H

Hémorragies consécutives à l'extraction des dents, p. 356.
Heure (Dernière), p. 526, 663.
Hôpital dentaire de Sydney, p. 308.
Hygiène bucco-dentaire, p. 250.
 — buccale (Importance de), p. 353.
 — dentaire (Projections destinées aux conférences d'), p. 452.
 — dentaire dans l'armée, p. 557.
Hyoscine (Narcose chirurgicale par injection sous-cutanée d'), p. 466.
Hyperesthésie de la dentine (Des divers traitements de la), p. 6.

I

Index bibliographique, p. 63, 123, 191.
Institut de pédagogie dentaire, p. 362.
Insufflation naso-pharyngée (L'anesthésie générale par), p. 465.
Inversion dentaire, p. 190.

J

Journal (Nouveau), p. 200.
 — (Nouveau directeur de), p. 200.
Journaux (Nouveaux), p. 567.
Jurisprudence professionnelle, p. 303, 350.

K

Kyste du maxillaire supérieur présentant un signe clinique rare, p. 249.
 — dermoïde du plancher de la bouche, p. 405.
Kystes des mâchoires d'origine dentaire (Des), p. 629.

L

Langue préhensive (Un cas de), p. 58.
 — chez la femme (Cancer de la), p. 181.
 — (Cas de lupus de la), p. 188.
 — guéri par deux séances d'électro-puncture bipolaire (Angiome grave de la langue), p. 656.
Langues-de-carpe et pieds-de-biche (Nouveaux élévateurs), p. 281, 442.
Législation dentaires aux Etats-Unis (Les écoles et la), p. 261, 325.
Lecteurs (Aux), p. 480.
Lèvre supérieure (Muscles de la), p. 404.
Lèvres (Un cas de syphilis maligne précoce avec double chancré des), p. 57.
Livres reçus, p. 567.

Lupus (le), p. 190.

— de la langue (Cas de), p. 189.

M**Mâchoire** (Actinomycose de la), p. 462.
Mâchoires (Nouveau procédé auto-plastique contre la constriction cicatricielle des), p. 357.— par fusion des maxillaires gauches avec perte de substance de la joue. Résection et néarthrose. Autoplastie (Ankylose des), p. 461.
— et les dents durant l'évolution de l'homme (Changements anatomiques dans la tête, la face, les), p. 62.
— d'origine dentaire (Des kystes des), p. 629.**Mal** perforant buccal (Un cas de), p. 213, 442.

— — — p. 407.

Maladie de Paget de la muqueuse bucale (Quelques dégénérescences et leur importance), p. 301.

— de Barlow (La), p. 657.

Mariage, p. 626, 663.

— de M. Moulin, p. 253.

Mariages, p. 526.**Marion** (M. de), p. 411.**Mastication** chez les tabagistes (Bruits anormaux de), p. 656.**Maxillaire** (Epithélioma adamantin du), p. 180.— grippale (Sinusite), p. 190.
— supérieur présentant un signe clinique rare (Kyste du), p. 249.
— (Sarcome du), p. 405.
— (Sclérose lithiasique de la glande sous-), p. 405.

— supérieur (Fracture du), p. 459.

Maxillaires gauches avec perte de substance de la joue (Ankylose des mâchoires par fusion des), p. 401.

— (Appareils dilatateurs des maxillaires), p. 388, 599.

Médecin, clientèle, interdiction d'exercer, p. 359.

— (Secret professionnel), p. 360.

Molaire supérieure par suite d'anomalie (Difficulté d'extraction d'une), p. 249.

— principale chez l'homme, ses relations avec les autres dents (La), p. 335, 387.

Muguet (Formes microbiennes du champignon du), 406.**Muqueuse** buccale (Psoriasis vulgaire de la), p. 58.

— (Quelques dégénérescences et leur importance. Maladie de Paget de la), p. 301.

N**Narcose** chirurgicale par injectionsous-cutanée d'hyoscine, p. 466.
Nerf maxillaire supérieur pour névralgie faciale (De la résection du), p. 458, 460.

— hypoglosse (Suture du), p. 523.

Nervocidine, p. 606.**Névralgie** et surdités guéries par des extractions dentaires, p. 356.

— faciale (Résection du nerf maxillaire supérieur), p. 458, 460.

Noma chez un vieillard (Un cas de), p. 59.

— guéri par la lumière rouge (Un cas de), p. 59.

— chez les enfants (Diagnostic du début du), p. 100.

Nomination, p. 76, 253.**Nominations**, p. 626.**O****Obturation** des dents (Douleurs réflexes et troubles consécutifs à l'), p. 121.

— immédiate des racines, p. 117.

Obturations de porcelaine (Méthode facile d'), p. 62.

— en — p. 501.

— des dents (De l'emploi de la gutta-percha métallisée pour les), p. 520.

— de porcelaine ne comprenant pas les surfaces triturantes (La préparation des cavités pour les), p. 520.

— en porcelaine (Nouvelle méthode pour augmenter les moyens de rétention des), p. 549, 601.

— au ciment et à l'amalgame, p. 604.

— (A propos des), p. 604.

Odontalgie neurasthénique (De l'), p. 467.**Opération** dentaire, Erreur, p. 304.**Or** (Méthodes par voies sèche et humide pour affiner l'), p. 181.**Oreillons** (Cytologie du liquide parotidien au cours des), p. 406.

— avec zona du trijumeau et lymphocyte rachidienne, p. 461.

Orientation de la profession des sociétés dentaires en France (Sur l'), p. 481.**Orthodontie** (Principe fondamental d'), p. 117.

— (Les progrès modernes de l'), p. 229.

— est une spécialité (L'), p. 409.

— (Un cas d'), p. 607.

Oxygène et de chloroforme (Appareil pour l'anesthésie générale. Mélange d'), p. 503.

— pour le traitement des abcès et des fistules d'origine dentaire (Emploi de l'), p. 503.

P

- Parotidites** consécutives aux traumatismes et aux maladies des organes abdominaux et pelviens, p. 517.
- Pathologie dentaire** (Etude de certaines questions relatives à la), p. 19, 163, 435.
- Pathology and therapeutics** (Oral), p. 654.
- Pédagogie dentaire** (Institut), p. 362.
- Pieds-de-biche** (Nouveaux élévateurs, Langues-de-carpe etc), p. 281, 442.
- Pivots** articulés automatiquement dirigeables, pour couronnes de porcelaine indépendantes et autres travaux de reconstitution, p. 500.
- Plaques métalliques dentaires** (Matériaux à employer dans la construction des), p. 609.
- Polyarthrite alvéolo-dentaire** (Traitement de l'une des formes de la), p. 545.
- Porcelaine**, son but et son influence en dentisterie opératoire (La), p. 118.
- Emploi du four pour souder le revêtement employé dans la fabrication des couronnes), p. 521.
 - Nouvelle méthode pour augmenter les moyens de rétention des obturations en), p. 549, 601.
 - (Préparation des cavités simples pour la restauration par la), p. 572.
- Praticiens et la bouche** (Les), p. 618.
- Présentations** diverses, p. 502.
- de M. Schwartz, p. 504.
 - de M. Meng, p. 505.
- Pression** artérielle et les doses de chloroforme absorbées (Recherches expérimentales sur les relations entre la), p. 403.
- pour éviter les accidents de l'anesthésie (Importance pratique de l'exploration), p. 404.
 - (Chloroforme et), p. 410.
- Prothèse** vélo-palatine (Sur la), p. 143, 177.
- restauratrice, p. 379, 442.
 - dentaire (Plaidoyer en faveur des cuspides linguales en), p. 117.
 - métallique dans la fracture du crâne, p. 470.
 - et esthétique dentaire, p. 608.
- Psoriasis** vulgaire de la muqueuse buccale, p. 58.
- Publication** (Changement de), p. 254.
- Pulpe** (De la dévitalisation de la), p. 250.

Q

- Questions et réponses**, p. 136, 254.

R

- Rachistovainisation** (De l'anesthésie par la), p. 119.
- Racines** (Obturation immédiate des), p. 117.
- (De l'inutilité des couronnes métalliques pour la conservation des), p. 207, 444.
 - en vue de leur frettage, c'est-à-dire de l'application d'une bague à leur collet au moyen de l'appareil dit « Fretteur » Décolletage des), p. 500.
- Radiographie** dentaire suivi de notes sur l'endodiascopie (Précis de), 566.
- Radiothérapie** (Un cas d'épithélioma végétant de la région temporo-maxillaire guéri par la), p. 121.
- Rapport** de M. le Directeur de l'Assistance publique, p. 315.
- Rayons X et l'art dentaire** (Les), p. 468.
- Récompense**, p. 471, 576.
- Règlement** (Modification au), p. 75.
- Réimplantation** (Un cas de traumatisme dentaire suivi de), p. 471.
- Respiration** artificielle (Sur une manœuvre utile dans la pratique de la), p. 249.
- buccale (Notes sur la), p. 409.
- Réunion** professionnelle du 1^{er} décembre 1904, p. 33.
- annuelle de la British Dental Association, p. 646.
- Réunions** professionnelles, p. 305.

S

- Sang** artériel pendant l'anesthésie chloroformique restent invariables tant que la ventilation pulmonaire reste à peu près normale (Les proportions des gaz du), p. 403.
- pendant l'anesthésie et les variations de la ventilation pulmonaire (La pénétration des vapeurs de chloroforme dans le), p. 404.
 - (Action des anesthésiques sur le), p. 467.
- Scopolamine** comme anesthésique général en chirurgie (La), p. 354, 458.
- Service** dentaire hospitalier, p. 76.
- — — — , au Canada, p. 135.
- Session** d'avril de la F. D. N.
- Simon** (Eugène), p. 412.
- Sinusite** maxillaire, exophthalmie et névrite optique, guérison, p. 405.
- aiguë prolongée (Rôle pathogénique des lésions alvéolaires anciennes dans la), p. 658.
- Sinusites** frontales et maxillaires suppurées (Contribution à la cure radicale des), p. 181.

- (Diagnostic de l'origine dentaire dans les), p. 581, 596.
 — (Traitement chirurgical des), p. 595.
Société coopérative des dentistes de France, p. 77.
Société d'Odontologie de Paris, p. 73, 133, 160, 361, 441.
Société dauphinoise d'Odontologie et syndicat des dentistes du Dauphiné et de la Savoie, p. 198.
 — (Nouvelle), p. 200, 254.
 — dentaire américaine d'Europe, p. 302.
 — odontologique suisse, p. 362.
 — de France, p. 660.
 — scientifique professionnelle (Nouvelle), p. 416.
 — des docteurs en dentisterie gradués en Amérique, p. 574.
Sociétés dentaires en France (Sur l'orientation de la profession et des), p. 481.
Soudure autogène, p. 503.
Souscription Lecaudey, p. 625.
Stomatite et de l'angine ulcèreuse (Sur la nature de la), p. 119.
 — mercurielle (Septicémie mortelle par), p. 465.
 — — (Prophylaxie de la), p. 517.
 — simple et compliquée (L'agent métabolique dans ses rapports avec l'inflammation de la bouche), p. 302.
Stomatites (De l'unité des), p. 57.
Stomatologie (Une dernière manœuvre de la), p. 133.
Succion (Présentation d'une nouvelle), p. 177.
Syndicat des chirurgiens-dentistes
- de France (Lettres au), p. 562.
Syphilis maligne précoce avec double chancre des lèvres (Un cas de), p. 57.
 — héréditaire de la bouche (Un cas de), p. 121, 469.

T

- Therapeutics (Oral pathology and)**, p. 654.
Tic douloureux de la face (Guérison par la lumière violette de deux cas de), p. 470.
Tissu dentaire et de la denture avec le squelette (Les rapports du), p. 249.
Traumatisme dentaire suivi de réimplantation (Un cas de), p. 431.
Tribune ouverte, p. 136, 254.
Trijumeau et lymphocytose rachidienne (Oreillons avec zona du), p. 461.
Tropacocaine (Expériences sur la), p. 407.
Tuberculose linguale, p. 60.
 — primitive des gencives, p. 59.
 — chez les enfants (Carie circulaire consécutive à la), p. 606.
Tumeur d'origine dentaire, p. 61.

V

- Végétations adénoïdes (Funestes et regrettables conséquences que peut entraîner l'emploi injustifié des anesthésiques en général et du bromure d'éthyle en particulier dans l'opération des)**, p. 251.

Z

- Zona du trijumeau et lymphocytose rachidienne (Oreillons avec)**, p. 461.

NOMS D'AUTEURS

ANGLE (Edouard-H.), p. 237.
AUDY (A.), p. 373.
BARRÉ, p. 545.
BRÉMANT, p. 453.
BLATTER, p. 213, 493, 500, 599.
CHATNAU, p. 219.
CHOQUET, p. 564.
COSSES (M.), p. 383.
CRAMER (M.), p. 291.
CREUZET (P.), 285.
CROËS de (G.), p. 281, 588.
DALBAN (L.), p. 85.
DELAIR (L.), p. 143, 172.
DREYFUS (Dr.), p. 656.
FOUQUES, p. 414.
FOURNIER (H.-Ch.), 57, 119, 183, 213, 249, 353, 407, 463.
FREY (Dr.), p. 351, 614.
FRITEAU (E.), p. 33, 141, 169, 441.
GODON (Dr Ch.), p. 431, 496, 562.

HUGOT (M.), p. 507.
IZAMBARD, p. 557.
KLINGELHÖFER, p. 617.
LECONTE (M.), p. 379.
LEMERLE, p. 496, 563.
 — (Georges), p. 653.
LORIOT, p. 446.
LOUP, p. 169.
MASSON, p. 513.
PLATSCHICK (B.), p. 549, 587, 640.
PONT (Dr A.), p. 5.
REBOUL (J.), p. 99, 155.
RONNET, p. 494.
ROY (Dr M.), p. 207, 201, 325, 533.
SAUVEZ (E.), p. 43, 423, 481, 539, 581.
SERRES, p. 566.
TELLIER (Dr), p. 629.
VICHOT, p. 643.
WORMS, p. 303.

TABLE MÉTHODIQUE DES MATIÈRES

ASSOCIATION FRANÇAISE POUR L'AVANCEMENT DES SCIENCES A. F. A. S., p. 134. CONGRÈS de Cherbourg, p. 614. RÉUNION de Cherbourg, p. 134.	ÉCOLE DENTAIRE DE PARIS CONCOURS à l'Ecole dentaire de Paris, p. 73, 134, 109. COURS préparatoires pour l'examen du diplôme d'Etat de chirurgien-dentiste, p. 470 <i>bis</i> . ECOLE dentaire de Paris, 197, 573. VISITES à l'Ecole dentaire de Paris, p. 573.
ASSOCIATION GÉNÉRALE DES DENTISTES DE FRANCE , p. 74, 133, 197, 306, 361.	FÉDÉRATION DENTAIRE NATIONALE F. D. N., p. 413. SÉANCE de démonstrations pratiques du 30 avril 1905, p. 500. SESSION d'avril 1905, p. 307, 493.
BULLETIN AUX lecteurs, p. 479. BULLETIN, p. 141. LE dentiste américain, p. 423. SUR l'orientation de la profession et des sociétés dentaires en France, p. 481.	FÉDÉRATION DENTAIRE INTERNATIONALE F. D. I., p. 574. STATUTS et règlements de la F. D. I. adoptés par le 4 ^e Congrès dentaire international de Saint-Louis, p. 49.
CHRONIQUE PROFESSIONNELLE CONGRÈS de Bâle, p. 43. — — — Cherbourg, p. 376, 614, 662. — dentaire espagnol (3 ^e), p. 659. — russe d'odontologie (4 ^e), p. 617. ENTRETIEN des dents, p. 560. LES praticiens et la bouche, p. 618. LETTRES au syndicat des chirurgiens-dentistes de France, p. 562. L'HYGIÈNE dentaire dans l'armée, p. 557. RÉUNIONS professionnelles du 11 décembre 1904, p. 33. SOCIÉTÉ odontologique de France, p. 660.	GROUPEMENT PROFESSIONNEL DE L'ÉCOLE DENTAIRE DE PARIS , p. 525, 472.
DERNIÈRE HEURE , p. 526, 663.	INTÉRêTS PROFESSIONNELS A propos de l'intoxication par le caoutchouc coloré, p. 555.
DOCUMENTS PROFESSIONNELS FÉDÉRATION dentaire internationale, p. 574. PROJET relatif aux Ecoles dentaires reconnues d'utilité publique, p. 369. RAPPORT de M. le Directeur de l'Assistance publique, p. 315. SESSION d'examens pour le diplôme de chirurgien-dentiste, p. 573. SOCIÉTÉ des docteurs en dentisterie gradués en Amérique, p. 574. STATUTS et règlement de la Fédération dentaire internationale adoptés par le 4 ^e Congrès dentaire international de Saint-Louis 1904, p. 49.	JURISPRUDENCE PROFESSIONNELLE MÉCANICIEN-dentiste. Prothèse dentaire. Enseigne. Usurpation de titre. Absence de titre, p. 303. MÉDECIN, clientèle, ventes, meubles, instruments, droit au bail, journal, présentation à la clientèle, interdiction d'exercer, p. 359. OPÉRATION dentaire. Erreur. Liquide corrosif. Blessure. Médecin. Ordonnance écrite. Demande en dommages-intérêts, p. 304. SECRET professionnel. Médecin, p. 360.
	LIVRES ET REVUES ANATOMIE et physiologie de la bouche et des dents, p. 564. CLINIQUE des maladies de la bouche et des dents, p. 351.

- INDEX bibliographique, p. 61, 123, 191.
 L'ANESTHÉSIE locale en odontologie, p. 653.
 L'ARTICULATION alvéolo-dentaire, p. 239.
 LIVRES reçus, p. 567.
 NOUVEAUX journaux, p. 567.
 ORAL pathology and therapeutics, p. 654.
 PRÉCIS de radiographie dentaire suivi de notes sur l'endodiascopie, p. 566.
- NÉCROLOGIE**
- AGUILHON de Sarran, p. 526.
 BOHL (Joseph), p. 362.
 DEVIN (M^{me}), p. 603.
 ERICH Richter, p. 663.
 GEORGE (Jean-Bertrand), p. 362.
 MARION (M. de), p. 411.
 POMMET, p. 526.
 SIMON (Eugène), p. 412.
- NOUVELLES**
- A propos de notre dernier bulletin, p. 253.
 ASSEMBLÉE générale annuelle de la B.D.A., p. 362.
 — — du cercle des D.E.D.P., p. 414.
 — — des dentistes de Belgique, p. 415.
 ASSOCIATION générale des dentistes de France, p. 74, 133, 197, 306, 361.
 — française pour l'avancement des sciences : réunion de Cherbourg août 1905, p. 134.
 — dentaire britannique, p. 307.
 — nationale américaine, p. 663.
 — nationale des Facultés dentaires, p. 362.
 AVIS, p. 305, 526, 626, 642.
 BANQUET des D.E.D.P., 306.
 — , p. 576.
 CHANGEMENT de publication, p. 254.
 COLLÈGE australien de dentisterie, p. 254.
 CONCOURS à l'Ecole dentaire de Paris, p. 73, 134, 199.
 — pour une place de chirurgien-dentiste des hôpitaux de Saint-Etienne, p. 76.
 CONFÉRENCES aux militaires, p. 525.
 CONGRÈS de chimie et de pharmacie, p. 199.
 — et exposition Röntgen à Berlin, p. 307.
 — de Cherbourg, p. 576.
 DENTISTES de la marine, p. 526.
 DIPLOMÉS allemands, p. 626.
 DISTINCTIONS honorifiques, 4. 73, 134.
 ECOLE de psychologie, p. 77.
 — canadienne de chirurgie dentaire, p. 135.
- dentaire de Paris, p. 197, 575.
 — — — Montréal, p. 307.
 ERRATUM, p. 663.
 EXAMENS du certificat d'études, p. 525.
 FÉDÉRATION dentaire nationale, p. 413.
 — — allemande, p. 471.
 — des médecins-dentistes d'Italie, p. 526.
 GROUPEMENT de l'Ecole dentaire de Paris, p. 472.
 — professionnel de l'Ecole dentaire de Paris, p. 525.
 HÔPITAL dentaire de Sydney, p. 308.
 IDENTIFICATION par les dents, p. 526.
 INCENDIES chez des dentistes, p. 307.
 INSTITUT de pédagogie dentaire, p. 362.
 LA préparation au concours de l'Ecole du service de santé militaire, p. 77.
 LE doctorat en chirurgie dentaire, p. 575.
 MARIAGE, p. 626, 663.
 — de M. Moulin, p. 253.
 MARIAGES, p. 526.
 MODIFICATIONS au règlement, p. 75.
 NOMINATION, p. 76, 253.
 NOMINATIONS, p. 026.
 NOUVEAU journal, p. 200.
 — directeur de journal, p. 200.
 NOUVELLE société, p. 200, 254.
 — — scientifique professionnelle, p. 416.
 RÉCOMPENSE, p. 471, 576.
 RENOUVELLEMENT du bureau du cercle des D.E.D.P., p. 416.
 RÉUNION annuelle des chirurgiens-dentistes allemands, p. 307.
 RÉUNIONS professionnelles, p. 305.
 SÉANCE de démonstrations pratiques, p. 74.
 SESSION d'avril de la F.D.N., p. 307.
 SERVICE dentaire hospitalier, p. 76.
 — — — au Canada, p. 135.
 SOCIÉTÉ d'odontologie de Paris, p. 73, 133, 361.
 SOCIÉTÉ coopérative des dentistes de France, p. 77.
 — dauphinoise d'Odontologie et syndicat des dentistes du Dauphiné et de la Savoie, p. 198.
 — dentaire américaine d'Europe, 362.
 — odontologique Suisse, p. 362.
 SOUScription Lecaudey, p. 625.
 SUICIDE d'un dentiste, p. 200.
 UN nouveau dispensaire, p. 471.
 Une dernière manœuvre de la stomatologie, p. 133.
 VISITES à l'Ecole dentaire de Paris, p. 575.
- PROCÉDÉS ET PERFECTIONNEMENTS**
- DISPOSITIF spécial pour l'administra-

tion du chlorure d'éthyle ou tout autre anesthésique pour l'anesthésie générale, p. 643.

RÉUNIONS ET CONGRÈS

RÉUNION annuelle de la British Dental Association, p. 646.

REVUE ANALYTIQUE

A PROPOS des obturations, p. 604.

— — du point de contact, p. 570.

ACTION de l'adrénaline sur l'organisme animal, p. 58.

ANGIOME grave de la langue guéri en deux séances d'électro-puncture bipolaire, p. 656.

BRUITS anormaux de mastication chez les tabétiques, p. 656.

CAS de glossite tuberculeuse disséminée, p. 60.

— lupus de la langue, p. 188.

CHANGEMENTS anatomiques dans la tête, la face, les mâchoires et les dents durant l'évolution de l'homme, p. 62.

CHLOROFORME et pression artérielle, p. 410.

COMMENT se fait-il que l'émail soit coloré par les plombages d'amalgame? p. 571.

CONSEQUENCES économiques de la carie dentaire, p. 189.

CONSIDÉRATIONS sur le travail des couronnes artificielles, p. 611.

CURE radicale des fistules d'origine dentaire, p. 409.

De l'unité des stomatites, p. 57.

— l'anesthésie par la rachistostomisation, p. 119.

— l'odontologie neurasthénique, p. 407.

— l'anesthésie locale, p. 409.

— l'emploi de la gutta-percha métallisée pour les obturations des dents, p. 520.

— la fabrication d'un four électrique pour 10 schillings, p. 568.

DES matériaux à employer dans la construction des plaques métalliques dentaires : leur raison d'emploi, p. 609.

Des parotidites consécutives aux traumatismes et aux maladies des organes abdominaux et pelviens, p. 517.

DÉSINFECTION de la bouche par les essences odorantes, p. 186.

DIAGNOSTIC de début du noma chez les enfants, p. 190.

DIFFICULTÉ d'extraction d'une molaire supérieure par suite d'anomalie, p. 249.

DOULEURS réflexes et troubles consécutifs à l'obturation des dents, p. 121.

Du rôle pathogénique des lésions alvéolaires anciennes dans la sinusite maxillaire aiguë prolongée, p. 658.

EMPLOI du four pour souder le revêtement employé dans la fabrication des couronnes en porcelaine, p. 521.

ETUDE de certaines analogies pathologiques entre les dents, les poils et les ongles, p. 188.

EVOLUTION du traitement de la carie dentaire, p. 470.

EXPÉRIENCES sur la tropacocaine, p. 407.

FRACTURE du crâne. Disjonction des sutures médio-frontale sagittale et coronale. Trépanation, prothèse métallique, guérison, p. 470.

GUÉRISON par la lumière violette de deux cas de tic douloureux de la face, p. 470.

HISTOLOGIE pathologique d'une dent de sagesse, p. 185.

HYGIÈNE bucco-dentaire, p. 250.

IMPORTANCE de l'hygiène buccale, p. 353.

INFLUENCE exercée par l'habitat sur la composition des dents et sur leurs maladies, p. 250.

INVERSION dentaire, p. 190.

KYSTE du maxillaire supérieur présentant un signe clinique rare, p. 249.

L'ACTION des anesthésiques sur le sang, p. 467.

L'AGENT métabolique dans ses rapports avec l'inflammation de la bouche ; stomatite simple et compliquée, p. 302.

L'ALIMENTATION des enfants, p. 571.

L'ANESTHÉSIE générale par insufflation naso-pharyngée, p. 405.

L'ANTISEPSIE buccale, son influence prophylactique sur les maladies locales et générales, p. 410.

L'ARTICULATION, p. 302.

LES dangers de l'extraction des dents pendant les règles, p. 656.

L'EXTENSION comme moyen de prévention de la carie : étude de l'état de la bouche, p. 118.

L'EXTRACTION des dents et ses indications, p. 185.

L'INTRODUCTION de vapeurs d'éther dans le rectum comme méthode d'anesthésie générale, p. 466.

L'ORTHODONTIE est une spécialité, p. 409.

LA maladie de Barlow, p. 657.

LA porcelaine, son but et son influence en dentisterie opératoire, p. 118.

— préparation des cavités pour les obturations de porcelaine ne com-

- prenant pas les surfaces triturantes, p. 520.
- LA question de la carie circulaire à la tuberculose chez les enfants, p. 606.
- rétention des dents et son importance pratique, p. 183.
- scopolamine comme anesthésique général en chirurgie, p. 354.
- stypticine contre les hémorragies consécutives à l'extraction des dents, p. 356.
- LE lupus, p. 190.
- défini opposé à l'indéfini, p. 302.
- LES écoles dentaires et leurs relations avec la profession, p. 119.
- rapports du tissu dentaire et de la denture avec le squelette, p. 249.
- érosions dentaires, p. 463.
- rayons X et l'art dentaire, p. 468.
- MÉTHODE facile d'obтурations de porcelaine, p. 62.
- MÉTHODES par voies sèche et humide pour affiner l'or, p. 183.
- NARCOSIS chirurgicale par injection sous-cutanée d'hyoscine, p. 466.
- NERVOCIDINE, p. 606.
- NOTES sur la respiration buccale, p. 400.
- NOUVEAU procédé autoplastique contre la constriction cicatricielle des mâchoires, p. 357.
- OBTURATION immédiate des racines, p. 117.
- OBTURATIONS au ciment et à l'amalgame, p. 604.
- PLAIDOYER en faveur des cuspides linguales en prothèse dentaire, p. 117.
- PRÉPARATION des cavités approximales comprenant l'occlusale ou autres surfaces pour les plombages de porcelaine, p. 518.
- des cavités simples pour la restauration par la porcelaine, p. 572.
- PRINCIPE fondamental d'orthodontie, p. 117.
- PROPHYLAXIE de la carie dentaire, p. 118.
- de la stomatite mercurielle, p. 517.
- PROTHÈSE et esthétique dentaire, p. 608.
- PSORIASIS vulgaire de la muqueuse buccale, p. 58.
- QUE doit-on entendre par le mot aphte? p. 468.
- QUELQUES dégénérescences et leur importance. Maladie de Paget de la muqueuse buccale, p. 301.
- accidents de l'extraction dentaire, p. 469.
- notes sur les empreintes, p. 518.
- RAPPORTS entre les maladies des dents et le système lymphatique, p. 59.
- RELATIONS de la médecine et de la dentisterie, p. 118.
- SECTIONS microtomiques de la dentine et sections en séries, p. 407.
- SEPTICÉMIE mortelle par stomatite mercurielle, p. 465.
- SINUSITE maxillaire grippale, p. 190.
- STRUCTURE histologique de la dentine, p. 187, 408.
- SUR la nature de la stomatite et de l'angine ulcéruse, p. 110.
- une manœuvre utile dans la pratique de la respiration artificielle, p. 249.
- les funestes et regrettables conséquences que peut entraîner l'emploi injustifié des anesthésiques en général et du bromure d'éthyle en particulier dans l'opération des végétations adénoïdes, p. 251.
- les emplois de la brosse à dents, p. 568.
- TRANSMISSION des sensations douloureuses à travers l'émail, p. 517.
- TUBERCULOSE primitive des gencives, p. 59.
- linguale, p. 60.
- TUMEUR d'origine dentaire, p. 61.
- UN cas de syphilis maligne précoce avec double chancre des lèvres, p. 57.
- — — langue préhensive, p. 58.
- — — noma chez un vieillard, p. 59.
- — — — guéri par la lumière rouge, p. 59.
- — — — d'épithélioma végétant de la région temporo-maxillaire guéri par la radiothérapie, p. 120.
- — — de syphilis héréditaire de la bouche, p. 121, 469.
- — — intéressant, p. 553.
- — — d'orthodontie, p. 607.
- UNE fillette empoisonnée par la cocaine, p. 58.
- dent tombée dans les voies respiratoires, p. 189.
- Y a-t-il du tissu non calcifié dans l'émail? p. 301.

REVUE DE L'ÉTRANGER

- APPLICATION de la couronne Davis au bridge-work, p. 27.
- CRITIQUE de M. Robert Duncan Mc. Bridge, p. 237.
- ETUDE de certaines questions relatives à la pathologie dentaire, p. 10, 435.
- L'A. B. C. des couronnes et des bridges, p. 107, 293, 343, 395.
- LA lutte contre la carie dentaire

dans les écoles et dans l'armée, p. 219.
Les progrès modernes et l'orthodontie, p. 220.

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

A propos des nouveaux appareils à chloroformisation, p. 459.
ACTINOMYCOSÉ de la mâchoire, p. 462.
AMYGDALITE lacunaire ulcéruse aiguë, 524.
ANGINE de Vincent simulant un chancre syphilitique de l'amygdale, p. 181.
ANKYLOSE des mâchoires par fusion des maxillaires gauches avec perte de substance de la joue. Résection et néarthose. Autoplastie, p. 401.
APPAREIL à chloroformisation, p. 179.
CANCER de la langue chez la femme, p. 181.
— — — joue; autoplastie, p. 405.
CHANCRE de la gencive, p. 405.
CYTOLOGIE du liquide parotidien au cours des oreillons, p. 406.
CONTRIBUTION à la cure radicale des sinusites frontales et maxillaires suppurées, p. 181.
DE la résection du nerf maxillaire supérieur pour névralgie faciale, p. 458.
EPITHELIOMA adamantin du maxillaire, p. 180.
FORMES microbiennes du champignon du muguet, p. 406.
FRACTURE du maxillaire supérieur, p. 459.
KYSTE dermoïde du plancher de la bouche, p. 405.
LA pénétration des vapeurs de chloroforme dans le sang pendant l'anesthésie et les variations de la ventilation pulmonaire, p. 404.
— scopolamine comme anesthésique général en chirurgie, p. 458.
L'ENTAMCEBA buccalis, p. 523.
LES proportions des gaz du sang artériel pendant le cours de l'anesthésie chloroformique restent invariantes tant que la ventilation pulmonaire reste à peu près normale, p. 403.
MAL perforant buccal, p. 405.
MUSCLES de la lèvre supérieure, p. 404.
NON-identité du bacille fusiforme et du spirillum sputigenum, p. 406.
OREILLONS avec zona du trijumeau et lymphocytose rachidienne, p. 461.
RECHERCHES expérimentales sur les relations entre la pression artérielle et les doses de chloroforme absorbées, p. 403.

RÉSECTION du nerf maxillaire supérieur pour névralgie faciale rebelle, p. 400.

SARCOME du maxillaire, p. 405.
SINUSITE maxillaire ; exophthalmie et névrite optique. Guérison, p. 405.
SUR les appareils à chloroformisation, p. 179, 458.
— l'importance pratique de l'exploitation de la pression artérielle pour éviter les accidents de l'anesthésie, p. 404.
— la chloroformisation à l'aide de nouveaux appareils à mélanges tirés de chloroforme et d'air ou d'oxygène, p. 457.
— les nouveaux appareils à chloroformisation, p. 400.
SUTURE du nerf hypoglosse, p. 523.

SOCIÉTÉ D'ODONTOLOGIE DE PARIS

Séance du 25 novembre 1904, p. 169.
Séance de décembre 1904, p. 178.
Séance du 17 janvier 1905, p. 441.
Séance du 7 février 1905, p. 442.
Séance du 14 mars 1905, p. 449.
Séance du 29 avril 1905, p. 450.
Séance de démonstrations pratiques du 30 avril 1905, p. 500.
ALLOCUTION de M. Loup, p. 169.
— — — Delair, p. 172.
APPAREILS dilatateurs des maxillaires, p. 399.
CHEVILLE pour cabinet d'opération, p. 446.
DE l'inutilité des couronnes métalliques pour la conservation des racines, p. 444.
FONTAINE à eau chaude et transformateur sur courant continu, p. 453.
INFLUENCE du terrain dans la symptomatologie de la carie dentaire, p. 177.
La prothèse vélo-palatine, p. 177.
LE dentiste fonctionnaire aux colonies, p. 452.
MÉTHODE de reproduction d'appareils en caoutchouc, p. 441.
NOTES complémentaires sur l'emploi de l'érythrophilème contre la sensibilité de la dentine, p. 450.
NOUVEAUX élévateurs, langues-de-carpe, pieds-de-biche, p. 442.
NOUVELLE méthode pour augmenter les moyens de rétention des obturations de porcelaine, p. 601.
PRÉSENTATION d'une nouvelle succion, p. 177.
PROJECTIONS destinées aux conférences d'hygiène dentaire, p. 452.
PROTHÈSE restauratrice, p. 442.

SUR le diagnostic de l'origine dentaire dans les sinusites, p. 596.
TRAITEMENT chirurgical des sinusites, p. 595.
UN cas de mal perforant buccal, p. 442.

DÉMONSTRATIONS PRATIQUES

APPAREIL pour l'anesthésie générale. Mélange d'oxygène et de chloroforme, p. 503.
DÉMONSTRATION du décollètement des racines en vue de leur frettage, c'est-à-dire de l'application d'une baguette à leur collet au moyen de l'appareil dit « Fretteur », p. 500.
— d'une aurification basée sur le principe du Dr Black. Méthode d'extension préventive, par M. Kritchewsky, p. 502.
— sur l'anesthésie pulpaire, p. 504.
— de M. Wirth, p. 505.
EMPLOI de l'oxygène pour le traitement des abcès et des fistules d'origine dentaire, p. 503.
OBTURATIONS en porcelaine, p. 501.
PIVOTS articulés automatiquement dirigeables, pour couronnes de porcelaine indépendantes et autres travaux de reconstitution, p. 500.
PRÉSENTATION d'un dispositif spécial pour l'administration du chlorure d'éthyle ou de tout autre anesthésique général, p. 504.
— de bridges inamovibles, p. 505.
PRÉSENTATIONS diverses, p. 502.
— de M. Schwartz de Nîmes, p. 504.
— de M. Meng, p. 505.
Soudure autogène, p. 503.

TRAVAUX ORIGINAUX

A propos de l'intoxication par le caoutchouc coloré, p. 555.
ANESTHÉSIE locale par le chlorure d'éthyle, p. 86.
— générale par le chlorure d'éthyle, p. 91.
— locale et anesthésie générale combinées au chlorure d'éthyle, p. 94.
— générale au chlorure d'éthyle, p. 99, 155.
APPAREILS dilatateurs des maxillaires, p. 588.
CONTRIBUTION au traitement de la ca-

rie du 4^e degré et ses complications, p. 285.
DE l'inutilité des couronnes métalliques pour la conservation des racines, p. 207.
— l'anesthésie pulpaire en dentisterie, p. 507.
DES divers traitements de l'hypores-thésie de la dentine, p. 5.
DES kystes des mâchoires d'origine dentaire, p. 629.
LA maladie dite du caoutchouc, p. 587.
LE dentiste fonctionnaire aux colonies, p. 383.
— — américain, p. 423, 539.
LES différents modes d'emploi du chlorure d'éthyle en chirurgie dentaire, p. 85.
— écoles et la législation dentaires aux Etats-Unis, p. 261, 325.
MÉTHODE de reproduction des appareils en caoutchouc, p. 291.
NOTES complémentaires sur l'emploi de l'érythrophléïne contre la sensibilité de la dentine, p. 373.
NOUVEAUX élévateurs. Langues-de-carpe et pieds-de-biche, p. 281.
NOUVELLE méthode pour augmenter les moyens de rétention des obturations en porcelaine, p. 549.
PROTHÈSE restauratrice, p. 379.
SUR la prothèse vélo-palatine, p. 143.
— la maladie dite du caoutchouc, p. 533, 587.
— le diagnostic de l'origine dentaire dans les sinusites, p. 581.
TRAITEMENT de l'une des formes de la polyarthrite alvéolo-dentaire, p. 545.
UN cas de mal perforant-buccal, p. 213.
— — — traumatisme dentaire suivi de réimplantation, p. 431.
— cas de bridge démontable, p. 513.

TRAVAUX DE L'ÉTRANGER

ETUDE de certaines questions relatives à la pathologie dentaire, p. 19, 163, 435.
La molaire principale chez l'homme, ses relations avec les autres dents, p. 335, 387.

TRIBUNE OUVERTE

QUESTIONS et réponses, p. 136, 254.

RENSEIGNEMENTS UTILES

**La ligne: 20 francs par an, } dans 24 numéros.
Lignes en sus: 10 fr. la ligne }**

ALLIAGE DENTAIRE

Contenau et Godart fils, 7, rue du Bouloï, PARIS, TÉLÉPHONE 214.53.

CERTIFICAT D'ÉTUDES.

Institut des Langues et des Sciences. A. Debraux, dir., 17, fg. Montmartre.
170 élèves reçus (noms et adresses publiés) ces dernières années. Examens de 1903: 40 élèves reçus sur 50; 1904, 38 élèves reçus sur 46. Les 4/5 du cours de 1901, 1902, 1903 et 1904 reçus. Envoi des noms et adresses des diplômés.

CONTINUOUS GUM

B. Platschick, 3, rue Ventadour (*Laboratoire spécial*). TÉLÉPHONE 222.82.

DENTS XX^e SIÈCLE

D^r Carlier, seul concessionnaire pour la France, 61, rue de Flandre, PARIS.

FOURNITURES GÉNÉRALES.

Comptoir international, 15, avenue Fonsny, BRUXELLES.

Contenau et Godart fils, 7, rue du Bouloï, PARIS. TÉLÉPHONE 214.53.

Cornelsen, 16, rue Saint-Marc, TÉLÉPHONE 218.69.

Colin Logan fils, 113, rue Réaumur, près la Bourse, PARIS. TÉLÉPHONE 288.79.

H. Ningler et Lemesle, 12, rue des Immeubles industriels.

Reymond frères	22, rue Le Peletier, PARIS. TÉLÉPHONE 312.91. 44, place de la République, LYON. 69, rue de la Croix de fer, BRUXELLES. 3, rue Petitot, GENÈVE.
----------------	---

Victor Simon et C^{ie}, 54, rue Lamartine, PARIS. TÉLÉPHONE 269.45.

Société coopérative des dentistes de France, 45, rue de La Tour-d'Auvergne. TÉLÉPHONE 255.66.

Société Française de Fournitures Dentaires.	58 bis, Chaussée-d'Antin, Paris TÉLÉPHONE 214.47. Adr. télég. : Sociédenots. <i>Grande exposition, au dépôt de PARIS, de toutes les Nouveautés dans l'outillage de MM. les Dentistes.</i>
---	---

V^e J. Wirth, 22-24, avenue Philippe-Auguste, PARIS. TÉLÉPHONE 923.48.

RENSEIGNEMENTS UTILES

La ligne: 20 francs par an, } dans 24 numéros.
Lignes en sus: 10 fr. la ligne }

IMPRESSIONS EN TOUS GENRES.

A. Mellottée, imprimeur de *L'Odontologie*, à CHATEAUROUX.
J. Fanguet, Georges Clotte, successeur, fournisseur de l'*Ecole Dentaire*,
 28, rue d'Enghien, à PARIS.

MATIÈRES OBTURATRICES.

<i>Amalgame Fellowship.</i> <i>L'Or Universel.</i> <i>Ciment Fellowslip.</i>	Société Française de Fournitures Dentaires. TÉLÉPHONE 214-47.
--	---

OPALINE, MEUBLES ASEPTIQUES.

L. Deglain, 88 et 92, quai Jemmapes, PARIS.

PRODUITS ANESTHÉSIQUES.

<i>Anestile</i> . Dr Bengué, 47, rue Blanche, PARIS. <i>Anesthésique Wilson</i> , Central chemical Co, 34, rue de l'Échiquier, PARIS. <i>Hypnoforme</i> (chlorure d'Ethyle spécial). } Chevretin et Lematte, 24, rue Cau- <i>Chloroforme</i> , chimiquement pur. } martin. TÉLÉPHONE 245.56. <i>Anesthésique local du Dr R. B. Waite.</i> } Société Française de Fournitures Dentaires. <i>Somnoforme.</i> } TÉLÉPHONE 214.47. <i>Stovaine Billon.</i>
--

PRODUITS PHARMACEUTIQUES

<i>Adrénaline Clin. Clin et C°</i> , 20, rue des Fossés-Saint-Jacques, PARIS. <i>Ampoules MOREAU</i> pour l' <i>Art dentaire</i> (<i>cocaine, tropacocaine, etc.</i>). <i>Ampoules MOREAU</i> à la <i>Stovaine</i> 1 et 2 cc ³ — 2 fr. et 2 fr. 50. Paris, 5, Rond- Point de Longchamp, 45, rue de La Tour-d'Auvergne, Société coopérative. <i>Formyl-Géranium.</i> } Société Française de Fournitures Dentaires. <i>Xyléna</i> . Liquide antiseptique. } TÉLÉPHONE 214-47.
--

PROTHÈSE A FAÇON.

J. Delpeut, 34, rue de Constantinople, PARIS-8^e. *Maison fondée en 1898.*
Lalement et Coutif, 5, rue de Laborde (Travaux artistiques). **TÉLÉPHONE 550.73.**
Pauchet, 23, rue Lemercier, Paris. *Travaux soignés, prix modérés.*
B. Platschick, 3, rue Ventadour (*Laboratoire spécial*). **TÉLÉPHONE 222.82.**

PETITES ANNONCES

1 fois.....	3 francs	12 fois (6 mois).....	25 francs
6 (3 mois).....	15 —	24 fois (1 an).....	45 —
— la case simple —			

Instruments, Meubles et tous Articles dentaires d'occasion.
ACHAT et VENTE ~ LOUIS, 8, faub. Montmartre.

LABORATOIRE DE PROTHÈSE DENTAIRE

Jules DELPEUT — Maison fondée en 1898
 34, rue de Constantinople, PARIS-VIII^e

TRAITÉ DE CHIMIE

Avec la notation atomique, par Louis SERRES, ancien élève de l'Ecole Polytechnique, professeur de chimie à l'Ecole municipale supérieure Jean-Baptiste Say. — Un volume in-8 de plus de 900 pages, avec 295 gravures sur bois intercalées dans le texte. — Prix : 10 francs. — BAUORY et C[°], éditeurs, 15, rue des Saints-Pères, Paris.

PRÉCIS D'ANATOMIE DENTAIRE

par J. CHOQUET, chirurgien-dentiste D. E. D. P. de la Faculté de Médecine de Paris, professeur à l'Ecole dentaire de Paris. Un volume in-18 de 400 pages, accompagné de 195 gravures inédites, De Rudeval, éditeur. Prix : 8 francs.



Recommandé Institut des Langues et des Sciences.
Certificats d'Etudes exigés des candidats au grade de **Chirurgien-Dentiste**
 487 élèves reçus de 1897 à 1904 dont 78 en 1903 ou 1904, moyenne : reçus 90 0/0 des élèves présentés
 200 FR. DU 9 NOVEMBRE A JUILLET, 2 HEURES PAR JOUR
 Cours 1^{re} partie, du Baccalauréat de 2 h. à 4 h. tous les jours : 450 fr. l'année scolaire
Directeur : A. DEBRAUX, 17, faub. Montmartre, Paris
 Pension avec chambres particulières, prix modérés.

En vente à l'Ecole Dentaire de Paris :

CATALOGUE de la BIBLIOTHÈQUE
 de l'École Dentaire de Paris
 Par E. BONNARD, avec la collaboration de J. DE CROËS
 Prix : un franc. (Port en sus 0,30.)

Comptoir international
D'ARTICLES DENTAIRE
 et Maison LEMORL réunis
 Dépôt des meilleures marques
15, Avenue Fonsny, 15
BRUXELLES

L'administration de L'ODONTOLOGIE,
 possédant des collections presque complètes depuis la fondation du journal
 (Juin 1881), peut céder à ses lecteurs les numéros dont ils ont besoin.

P. DENNINGER
 47, rue des Batignolles, 47
 PARIS

PROTHÈSE à FAÇON
 Fournitures générales pour dentistes.
 Spécialité de pièces en or et BRIDGE-WORK

