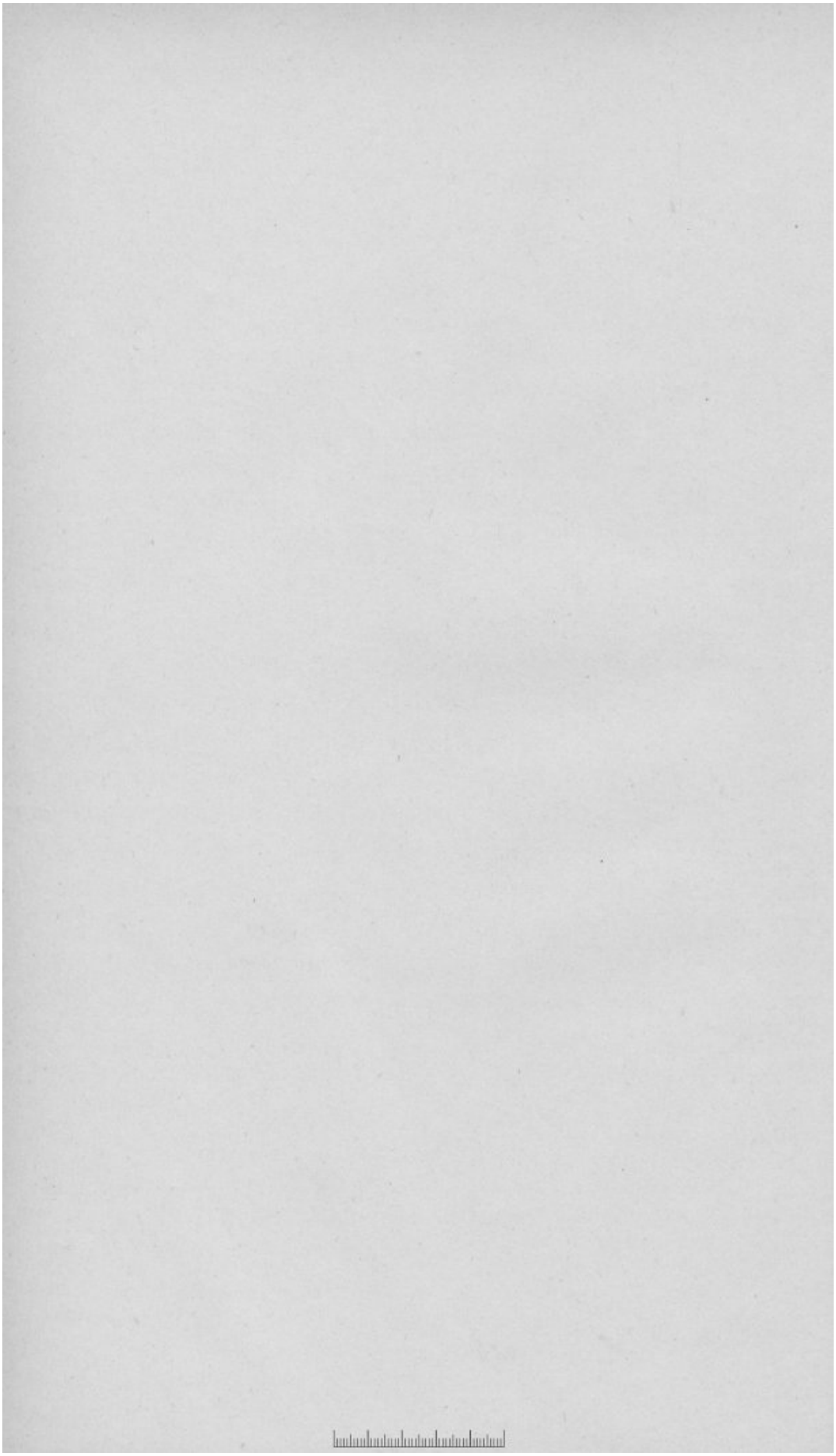
Bibliothèque numérique
medic@

L'Odontologie

tome 34. - Paris, 1905.
Cote : PF92

PARIS biu Santé

Licence ouverte. - Exemplaire numérisé: BIU Santé (Paris)
Adresse permanente : http://www.biusante.parisdescartes.fr/histmed/medica/cote?PF092x1905x02



L'ODONTOLOGIE

Châteauroux. — Typographie et Stéréotypie A. Mellottée.

SF 92

L'ODONTOLOGIE

PARAISSANT 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 : **Maurice Roy,** Dentiste des hôpitaux, Professeur à l'École dentaire de Paris.

SECRÉTAIRE DE LA RÉDACTION :

Blatter,

Professeur suppléant à l'Ecole dentaire de Paris.

ADMINISTRATEUR-GÉRANT :

Ed. Papot,

Professeur honoraire à l'Ecole dentaire de Paris.

25e année. — 2e SEMESTRE 1905. — Vol. XXXIV.

COMITÉ DE RÉDACTION ET D'ADMINISTRATION

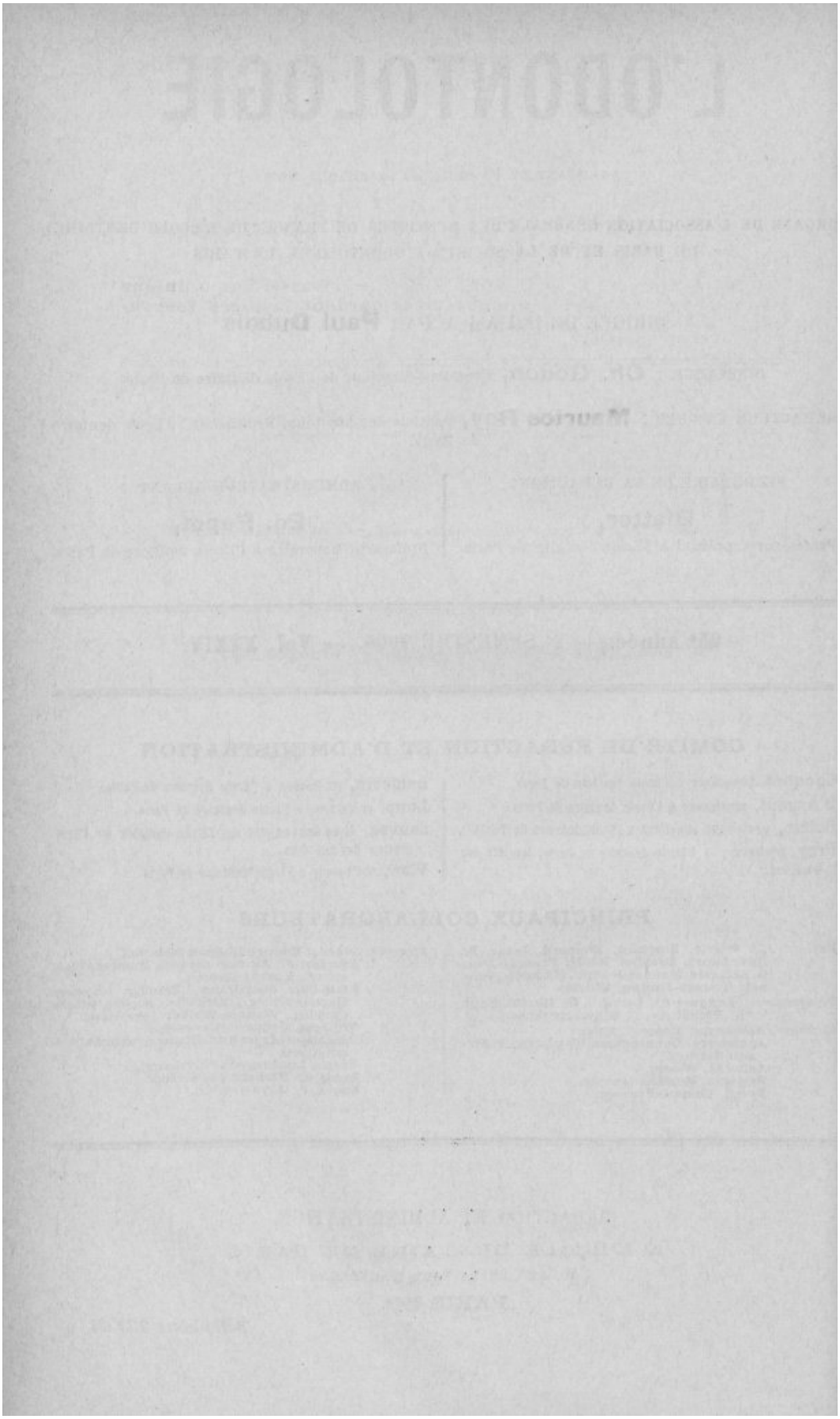
Choquet, professeur à l'Ecole dentaire de Paris.
D'Argent, professeur à l'Ecole dentaire de Paris.
Delair, professeur suppléant à l'Ecole dentaire de Paris.
Frey, professeur à l'Ecole dentaire de Paris, dentiste des hôpitaux.
Lemerle, professeur à l'Ecole dentaire de Paris.
Loup, professeur à l'Ecole dentaire de Paris.
Sauvez, directeur adjoint de l'Ecole dentaire de Paris dentiste des hôpitaux.
Viau, professeur à l'École dentaire de Paris.

PRINCIPAUX COLLABORATEURS

Paris : J.-A. Barrié, Blocman, Bonnard, Isaac B., Davenport, Dreyfus, Heïdé, Francis Jean, G. Lemerle, Mendel-Joseph, Michaëls, Ronnet, Touvet-Fanton, Worms.
Départements : Longuet (La Rochelle), Cl. Martin, Pont, Vichot (Lyon), Schwartz (Nîmes).
Etranger : Allemagne. Hesse (Leipzig).
Angleterre. Cunningham (Cambrige), Paterson (Londres).
Autriche. Weiser.
Belgique. Messian (Anvers).
Brésil. Chapot-Prévost.
Etranger : Canada. Eudore Dubeau (Montréal).
Espagne. Fl. Aguilar (Madrid), Damians (Barcelone), Losada (Madrid).
États-Unis d'Amérique. Brophy (Chicago), Harlan (Chicago), Kirk (Philadelphie), Ottofy (Manille), Wallace-Walker (New-York).
Hollande. Grevers (Amsterdam).
République-Argentine. Etcheparebordа (Buenos-Ayres).
Russie. Limberg (St-Pétersbourg).
Suède. E. Förberg (Stockholm).
Suisse. P. Guye (Genève).

RÉDACTION ET ADMINISTRATION
A L'ÉCOLE DENTAIRE DE PARIS
45, RUE DE LA TOUR-D'AUVERGNE
PARIS-IXe

Téléphone 223.04



25e ANNÉE. N° 13 15 JUILLET 1905 VOL. XXXIV

L'ODONTOLOGIE

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

Travaux Originaux

LA FORMATION ET L'ABLATION DU TARTRE SUR LES RACINES DES DENTS [1]

Par EDWARD C. KIRK, D. D. S., Sc. D., Philadelphia, Pa.

Traduction de H. MASSON, D. D. S.

L'étude des causes qui amènent la formation de concrétions calcaires sur les dents humaines est tellement étendue et comprend des facteurs d'ordres si divers qu'il est matériellement impossible de les effleurer tous, même très légèrement, dans le temps restreint d'une communication.

Cependant cette question, à notre point de vue, n'est qu'une forme réduite, de ce problème plus vaste, la formation de concrétions analogues dans d'autres parties de l'organisme.

L'étude des facteurs communs à leur production nous conduirait si loin du domaine de la physiologie et de la chimie physiologique et pathologique, qu'il nous faudrait, pour analyser et présenter méthodiquement toutes les données du problème, des limites plus amples que celles qu'on accorde à une simple communication.

En dentisterie nous divisons ordinairement en deux

1. Lu devant la Georgia State Dental Society Atlanta, Go-May 11, 1905.

classes bien distinctes les concrétions calcaires qui se déposent sur les dents.

Nous distinguons, en premier lieu, celles qu'on trouve sur les portions coronaires ou dans tous autres endroits exposés ; faits qui, joints à d'autres considérations, ont amené à penser qu'elles étaient d'origine salivaire.

En second lieu, nous distinguons une variété de concrétions de nature différente de celle des concrétions salivaires, que l'on voit sur les racines des dents ; ce sont celles qui ont été désignées sous le nom de tartre sanguin ou tartre de sérum par ce fait même qu'on les croyait dérivées non de la salive, mais du sang ou du plasma sanguin. Il nous paraît intéressant de signaler que l'attention du monde professionnel fut pour la première fois appelée sur l'origine spéciale de ces concrétions par S. H. P. Brown dans une communication intitulée « Inflammations des gencives », lue devant cette société à sa réunion annuelle en 1870 et publiée la même année dans l'*American journal of Dental science*.

Parlant de ces concrétions spéciales, Brown dit : « Le tartre qui se dépose profondément du côté de l'apex de la racine n'est nullement un dépôt d'origine salivaire, mais une formation, un précipité d'une sécrétion élaborée par les gencives malades. Ce tartre est de couleur gris foncé, quelquefois légèrement coloré en jaune, et présente une apparence nodulaire complètement différente de celle du tartre d'origine salivaire. » Un peu plus de dix ans après, Ingersoll de Keokuk (Iowa), écrivant sur le même sujet, exposait à peu près les mêmes idées quant à l'origine de ces dépôts, qu'il nommait calculs sanguins et, dans une communication publiée dans l'*Ohio State dental journal*, il s'exprimait ainsi : Ces calculs sanguins sont la conséquence et non la cause d'un processus inflammatoire ; tandis que, inversement les calculs salivaires sont la cause et non le résultat.

Les observations des deux auteurs que nous venons de mentionner sont intéressantes non seulement par ce fait qu'elles laissent deviner dans quelle voie l'origine, le

mode de formation de ces dépôts peuvent être intelligemment recherchés, mais parce que, selon toute probabilité, elles furent les premières dans lesquelles fut notée la différence entre les calculs salivaires et les concrétions trouvées sur les racines. Evidemment ces dépôts sur les racines des dents avaient été observés, par les praticiens et autres observateurs, dès les premières études faites sur les dents, mais autant que je sache, avant la publication de la communication de Brown, comme je l'ai déjà dit, aucune mention n'avait jamais été faite de la différence d'origine de ces deux variétés de concrétions.

En 1886, Black, acceptant l'origine sanguine de ces dépôts sur les racines, les dénomme calculs sériques et les terminologies de Black et d'Ingersoll ont d'une façon générale été acceptées par le monde professionnel.

Dans le cours des dix dernières années, de nombreuses discussions ont été soulevées quant à l'étiologie de ces concrétions radiculaires, quelques auteurs se plaçant à ce point de vue que rien n'avait été prouvé d'une façon absolue, quant à leur origine, dans tous les cas où la salive avait été exclue comme un facteur possible dans leur formation.

Cette thèse était soutenue par feu le professeur Barret. Un intérêt plus vif s'ajoutait encore à la question de ces dépôts radiculaires par l'exposé de la théorie de l'acide urique du professeur C. N. Piercé, tendant à expliquer l'étiologie de la lésion appelée pyorrhée alvéolaire et la division des désordres amenant la destruction des tissus maintenant les dents dans leurs alvéoles par le dépôt de calculs ou formations calcaires et qu'il nommait périodontite ptyalo-calcique, périodontite hémato-calcique.

Le doute soulevé par Barret et autres, quant à l'origine sanguine ou hématique de ces concrétions radiculaires et l'exclusion de la salive comme un facteur possible dans leur formation, est important ; sans parler de ce fait que nous avons dans l'organisme nombre de formations calcaires à peu près semblables, ou dans des conditions telles que la salive ne peut être incriminée comme étant un facteur

possible dans leur production ; d'ailleurs par analogie, il serait logique, en se basant sur la chimie physiologique, d'expliquer le mode de formation de ces concrétions radiculaires sans la participation de la salive ; il ne nous semble pas moins utile, au point de vue scientifique, d'éclairer complètement cette question douteuse et de savoir s'il existe des cas où des concrétions radiculaires peuvent être observées sans la présence de la salive.

D'après mes expériences personnelles, je me suis pleinement convaincu, et ce sans le moindre doute, que des concrétions calcaires se forment sur les racines dans des cas où la salive ne peut en rien être incriminée comme un agent possible.

J'ai extrait un certain nombre de dents sur lesquelles l'examen le plus minutieux n'a pu me montrer la plus petite lésion ou solution de continuité dans l'attachement gingival et dont la racine cependant portait des dépôts calcaires. J'ai toutefois noté une différence appréciable dans les caractères de ces dépôts, dans tous les cas où l'attache ligamenteuse était intacte comparée aux cas où l'attachement gingival et le ligament étaient rompus, comme dans les cas de poches pyogènes. Dans le premier cas le dépôt se trouvait à l'apex ou très près, il affectait une forme plus nodulaire et était moins adhérent que dans le second cas. Je n'ai jamais observé de cas de dépôt calcaire sur une racine avec une attache ligamenteuse intacte dans laquelle il n'y avait pas manifestement évidence d'une inflammation suppurative antérieure ou existant autour de la racine.

Les dépôts dont parle Brown dans sa communication faite en 1870 devant cette société et les dépôts sanguins de G. V. Black semblent être ceux que l'on trouve d'ordinaire avec les poches pyogènes, et aucun de ces deux auteurs ne nous dit si le siège initial de l'inflammation était voisin de l'apex ou très près du bord gingival concomitant à une destruction progressive de ligament dans la direction de l'apex radiculaire ou du côté des gencives.

A mon avis, nous devons considérer deux classes de dépôts calcaires, résultant toutes les deux d'un processus inflammatoire du ligament, dépôts qui diffèrent tant par leur situation que par leurs caractères morphologiques, selon qu'ils sont concomitants à une inflammation profonde ou superficielle du ligament.

L'observation clinique nous enseigne qu'il y a au moins deux types d'infection de la membrane péridentaire, donnant comme résultante la formation de pus, de dépôts calcaires sur les racines, avec destruction éventuelle des moyens de rétention de la dent et enfin, faute de ces soutiens, son élimination finale.

La première est de forme ulcéreuse ; l'invasion de la membrane péridentaire par les bactéries à forme destructive est superficielle ; les attaches de la dent se détruisent couches par couches ; le processus inflammatoire procède de la gencive à l'apex, et la racine est plus ou moins couverte d'une pellicule fine de tartre, dense, extrêmement adhérent, de couleur grisâtre, brune ou jaunâtre.

La seconde variété est caractérisée par une inflammation profondément située, qui peut apparaître sur un point quelconque de la racine sans solution de continuité dans l'attachement gingival et se range dans cette classe d'affections à forme suppurative de la membrane péridentaire, qu'on désigne en clinique sous le nom d'abcès sur les dents à pulpe vivante.

Ce type d'inflammation suppurative est aussi concomitant à la formation de dépôts calcaires sur la racine dans les cas où une inflammation aiguë s'est résolue sans évacuation du contenu de la cavité pyogène. Les dépôts calcaires dans ces cas, qui succèdent à des abcès d'origine lointaine sur des dents à pulpe vivante, sont de formes plus nodulaires et sont peu adhérents au cément ou même ne le sont pas du tout ; le dépôt semble situé dans la membrane péridentaire et non sur le cément. L'explication de leur peu d'adhérence, dans cette classe, pourrait peut-être, à mon avis, se tirer de ce fait

que les abcès sur les racines des dents à pulpe vivante se développent autant qu'à l'heure actuelle nos connaissances nous permettent de le dire, dans la structure de la membrane péridentaire *et non sous elle*, comme c'est le cas lorsque l'infection de cette membrane se produit par le canal radiculaire conséquemment à une infection et à une gangrène de la pulpe.

Ceci revient à dire que ces abcès sont intra-ligamentaires et non sous-ligamentaires ; par suite, au moins au début de leur formation, les couches superposées de la membrane péridentaire s'opposent à leur attachement solide à la racine.

Le point commun à ces deux types de dépôts est leur formation parallèlement à un état exsudatif, et c'est précisément grâce à ce fait qu'ils ont reçu des dénominations cherchant à montrer que le plasma sanguin a fourni les matériaux dont ils se composent.

Diverses analyses de ces concrétions ont montré qu'elles contenaient des phosphates et des carbonates de chaux et de magnésie et du phosphate ammoniaco-magnésien connu sous le nom de tri-phosphate, en combinaison avec des matières organiques.

L'examen microscopique a relevé la présence de corps sphériques, analogues de forme et d'apparence aux calcosphérites, faits qui nous permettent de faire d'intéressantes déductions quant à la chimie et à la formation de ces dépôts particuliers que nous nommons calculs sériques.

M. W.-H. Pepys Jeune, le fameux chimiste anglais, dès 1803, dans une note sur l'analyse de la structure des dents, publiée dans la première édition de l'*Histoire naturelle des dents humaines de Fox*, attirait l'attention sur l'extrême solubilité de ce phosphate de chaux qui, même dans les acides les plus faibles, est vraiment extraordinaire ; en suspension dans l'eau, il est rapidement et complètement dissous si l'on fait passer dans ce liquide un courant d'acide carbonique.

Le fait que le carbonate de chaux est soluble en tant que

bicarbonate de chaux dans l'eau imprégnée d'acide carbonique est connu depuis fort longtemps et sert d'explication aux formations de stalactites dans les cavernes et autre part ; et ce fait a été recherché pour aider à fournir une explication à la formation du tartre ; mais comme le tartre contient principalement du phosphate terreux, avec un pourcentage faible de carbonates, la cause mise en relief dans l'observation de M. Pepys est nécessaire dans cette hypothèse que l'acide carbonique est en principe le dissolvant des phosphates dont se compose le tartre.

De récentes observations tendent à confirmer l'opinion des expérimentateurs d'autrefois, Liebig par exemple, qui pensaient que l'acide carbonique dans le plasma sanguin était un facteur important tenant en dissolution les phosphates terreux. Cette assertion devient particulièrement intéressante si on la rapproche des observations rapportées dans *The Lancet* par Shearer de Londres en février dernier, donnant des indications sur la proportion élevée d'acide carbonique contenu dans le plasma sanguin des arthritiques ; car c'est sur les racines des dents de ces individus en particulier que se trouvent les concrétions calcaires de la variété sérique.

La très faible affinité chimique entre l'acide carbonique et les phosphates terreux permet, grâce à certaines causes, un changement d'état rapide, amenant la précipitation des phosphates basiques en une masse calcaire.

Ces faits présents à l'esprit, il ne devient pas difficile de comprendre comment, lorsque le plasma sanguin tenant très légèrement en solution, grâce à son acide carbonique, une certaine quantité de sels calcaires, se trouve extravasé dans une région enflammée, contenant des substances capables de dégager l'acide carbonique en combinaison avec les phosphates terreux, le résultat signalé doit se produire. On sait parfaitement bien que le pus est beaucoup plus alcalin que le plasma sanguin, et que lorsque des changements d'origine infectieuse se produisent sous l'action de certaines bactéries, la réaction alcaline est non seu-

lement un fait constant, mais que en dernière analyse la formation d'ammoniaque est le résultat de cette putréfaction.

Et soit que l'alcalinité augmente par la formation du pus, soit qu'elle augmente par la présence de l'ammoniaque produit ultime de la putréfaction, tout concourt à la précipitation des phosphates terreux du plasma sanguin, transsudé dans la zone d'inflammation où se passent ces modifications chimiques.

Cependant la formation de tartre implique quelque chose de plus que la simple précipitation de phosphates terreux. Ceci comprend les modifications physiques et chimiques que subissent les sels terreux en combinaison avec un élément colloïde.

Ce dernier élément est fourni par la mucine de la salive, constituant albumineux du plasma sanguin ou des matières protoplasmiques qui entrent dans la composition du pus.

Cette mucine est le composant organique colloïde du tartre en particulier du tartre sérique, ce qui donne la densité et l'adhérence à ces masses dont nous avons à nous occuper dans le traitement de la pyorrhée.

Je n'ai pas l'intention d'exercer votre patience par un examen critique des diverses façons selon lesquelles la précipitation des phosphates terreux est modifiée lorsqu'elle se trouve en présence des substances colloïdes, mais simplement de vous dire quelques mots de la littérature spéciale à ce sujet et principalement de vous rappeler les observations de M. Racine, de Londres, dont « Le mode de formation des coquilles des animaux, des os et autres structures » publié en 1855 fut le premier travail scientifique en l'espèce.

Les communications du professeur Harting, d'Utrecht, en 1872, du Dr Ora, en 1879, sont importantes dans cet ordre d'idées.

Dans la littérature dentaire, sur ce sujet on peut en premier lieu mentionner le Dr R. R. Andrews, de Cambridge ; dans des études relatives à la calcification de l'émail et aux

autres substances dures des dents, le Dr J. Léon Williams, de Londres, a largement augmenté nos connaissances ; et comme les règles qui régissent la calcification sont, en substance, analogues à celles de la formation du tartre en tant que toutes les deux se rapportent à la combinaison du phosphate de chaux avec un élément colloïde, ceux qui s'intéressent au côté chimico-vital de la question de la formation du tartre doivent se familiariser avec le processus de la calcification, pour aborder et étudier avec plus de fruit la question de la formation du tartre.

Bref, comme conclusion de tout cela, je crois qu'il y a d'abord une forme de tartre dérivée d'autres sources que la salive, comme il a été dit par le Dr Brown, et je regarde comme correcte la division de la formation du tartre telle qu'elle a été proposée par Piercé en deux groupes : hématique et salivaire. En second lieu, je suis d'accord avec le Dr Ingersoll sur ce point que le tartre dénommé sérique est un résultat d'une inflammation et non une cause : le tartre peut devenir une cause prédisposante de la même manière que les autres irritants mécaniques peuvent être des causes prédisposantes d'inflammation.

En troisième lieu, je suis d'avis que le tartre sérique, de même que le tartre d'une variété quelconque, a une analogie chimique avec la calco-globuline, parce que l'analyse et l'étude microscopique montrent qu'il est composé de sels terriques en combinaison avec les matières organiques colloïdes.

Maintenant quelques mots sur l'ablation de ce tartre.

Au point de vue pratique nous avons deux moyens de nous attaquer à ces dépôts, soit par les instruments, soit par les agents chimiques ou par une combinaison de ces deux moyens.

L'expérience a démontré qu'il était difficile, sinon impossible, d'enlever d'une façon efficace ces dépôts sériques, au moyen de dissolvants ; cependant je pense que ce sont d'utiles adjuvants quand ils sont intelligemment appliqués et choisis. Naturellement, seuls les acides sont des

agents suffisamment actifs par leur action dissolvante pour pouvoir être pratiquement employés. Les alcalins en concentration suffisante pour avoir une action appréciable ne seraient pas sans action destructive sur les tissus mous.

Les acides ne se montrent pas toujours les mêmes comme agents de désintégration et de dissolution du tartre et doivent être différents pour des cas déterminés.

Sans doute l'acide sulfurique dilué de façon suffisante a été le plus généralement employé dans ce but ; cependant l'expérimentation semble prouver que l'acide lactique, comme l'a indiqué W. J. Younger, possède certains avantages que n'a pas l'acide sulfurique.

L'acide lactique en dilution suffisante est moins escharotique et possède l'avantage marqué de dissoudre immédiatement les sels calcaires sans les décomposer chimiquement et former des composés insolubles, tandis que l'acide sulfurique décompose le phosphate de chaux en formant du sulfate de chaux analogue au plâtre de Paris, pratiquement insoluble.

L'acide trichloracétique a comme dissolvant une réelle valeur ; il agit aussi en coagulant les surfaces des tissus mous voisins et a pour effet de maintenir toujours parfaitement à sec le champ d'opération.

Ces propriétés coagulantes ne vont pas néanmoins sans un certain désavantage, par ce fait même qu'elles tendent à durcir la matière organique du tartre.

Les acides ne doivent être regardés que comme des adjuvants des procédés opératoires ; et l'on ne peut compter sur leur seule action pour enlever ces dépôts de tartre.

Les impedimenta mécaniques que l'on rencontre dans l'ablation des calculs sériques sont souvent tels que l'opération, pour être parfaite, devient difficile, souvent même impossible.

L'expérience a démontré que, si elle n'est pas faite d'une façon telle que tous les dépôts soient parfaitement enlevés, toutes les tentatives pour guérir la pyorrhée demeurent parfaitement stériles.

Les plus petits dépôts qui demeurent agissent comme irritants sur les tissus voisins et maintiennent les conditions qui favorisent l'invasion des bactéries.

C'est pourquoi l'ablation complète des dépôts calcaires est une condition nécessaire et préliminaire à toute intervention thérapeutique dans le traitement de la pyorrhée. Les difficultés mécaniques avec lesquelles l'opérateur doit lutter dans les cas les plus défavorables, sont l'exiguïté du champ opératoire, la densité, l'adhérence et la ténacité des dépôts.

L'opération se fait le plus souvent sans le secours des yeux, dans une poche profonde et étroite avec des parois de gencives inextensibles, et sur un dépôt dense, plus ou moins lisse, semblable à de l'émail et adhérent au cément, d'une façon remarquable.

Les dépôts peuvent être de forme nodulaire ou granuleuse, présentant une irrégularité de surface facilement perceptible quand le sens tactile de l'opérateur est suffisamment exercé par l'impression reçue par l'instrument au contact des dépôts.

Or, ces dépôts peuvent être denses, ils peuvent être légers et unis, cas dans lesquels la perception de cette impression par les instruments est grandement augmentée ; car, à moins que l'opérateur n'ait acquis par la pratique et l'usage constant une finesse de doigté lui permettant de reconnaître, grâce aux instruments, la nature de ces dépôts, il peut très facilement se méprendre et confondre leur surface lisse avec la surface lisse du cément lui-même.

Les difficultés mécaniques qu'impose un champ d'opération aussi restreint dans les poches de pyorrhée nécessitent l'usage d'instruments spéciaux destinés à atteindre et à enlever ces dépôts sériques ; et il a été dépensé beaucoup d'ingéniosité pour inventer des formes d'instruments pouvant efficacement être employés dans ce but.

Pour atteindre le calcul quand il est situé haut dans le voisinage de l'apex, la lame de l'instrument doit être étroite et mince ; autrement elle ne saurait pénétrer dans la poche

ou l'atteindre dans toutes ses parties sans léser les tissus mous qui en forment les parois.

L'étroitesse de la lame de cette catégorie spéciale d'instruments exige qu'ils soient d'une trempe très élastique, car si la trempe était telle qu'elle assurât à l'instrument une complète rigidité, on aurait à craindre sa cassure sous l'effort de la pression latérale nécessitée par l'ablation du calcul.

Cependant cette condition d'élasticité dans la lame de l'instrument n'est souvent pas désirable, car nombre de ces dépôts semblables à de l'émail sont d'une densité si grande et si fortement adhérents au cément qu'une pression suffisante pour enlever cette masse ne peut être exercée sur la partie coupante d'un instrument mince et élastique. Il nous faut donc avoir recours à un mouvement de grattage ou d'aplanissement de façon à enlever le dépôt couche par couche.

Une autre difficulté mécanique liée à cette opération vient de ce que nous sommes limités à des mouvements de traction ou de pression pour détacher ces dépôts calcaires.

Dans l'un et l'autre mouvement, la résistance de la masse du dépôt est tout entière opposée à la lame de l'instrument, et nous savons tous combien par ces procédés il est difficile d'enlever un dépôt un peu considérable, surtout, nous le répétons, avec une lame délicate et fine, à l'extrémité d'un instrument trempé comme un ressort.

Lorsque l'effort développé tend à éliminer le dépôt en râclant, il arrive fréquemment que l'opérateur est trompé par la surface polie qui résulte d'un premier grattage, persuadé qu'il a enlevé le dépôt complètement, lorsqu'il n'a fait que l'aplanir, l'amincir, en grattant les aspérités de la surface première, tout en laissant la surface de la racine couverte encore jusqu'à l'apex d'une même couche de ce dépôt.

J'ai eu l'occasion d'examiner des racines traitées de cette façon et pour lesquelles cette erreur avait été commise par des opérateurs habiles et consciencieux.

Pouvoir distinguer une surface de tartre sérique unie et

lisse d'une surface lisse de cément par la simple impression que communique aux doigts la lame de l'instrument exige un summum d'habileté que possèdent peu de praticiens assurément ; et certes l'erreur que nous avons signalée arrive plus fréquemment encore.

Un examen minutieux des conditions que je viens de mentionner, le désir d'enlever d'une façon plus précise, plus certaine, les dépôts que j'ai signalés m'ont amené à construire un nouveau type d'instrument que je vais m'efforcer de décrire.

Brièvement parlant je me suis basé, en construisant ce nouveau type d'instrument, sur la forme affectée par la plane dentée. Cet instrument est employé par les ébénistes, quelque peu aussi par les charpentiers, pour enlever les anciennes couches de peintures sur le bois.

Le détail caractéristique de cet instrument est que la partie coupante, au lieu d'avoir une lame régulière, tranchante comme celle d'un ciseau à émail, est dentée. Le côté denté est constitué par d'étroits sillons taillés dans la portion antérieure de cette plane et du côté opposé au biseau.

Ce biseau rencontre ces sillons à angle droit, ce qui, en résumé, donne à la partie de l'instrument qui agit une forme dentée, ou mieux crénelée, que l'on maintient toujours la même en aiguisant fréquemment l'instrument.

Ces planes dentées, quand on les emploie pour enlever une surface de peinture ou de vernis ancien, agissent en brisant en petites parties la surface peinte, ce qui la rend alors facile à enlever par une autre plane à lame unie, ou par du papier de verre, ou autre chose semblable. Dans le même ordre d'idées, l'instrument gratteur destiné à agir de la même façon est construit en creusant une série régulière de sillons dans le sens du grand axe de l'instrument à angle droit avec sa surface tranchante et en biseautant l'angle du côté de ces sillons, de façon à ce que cet angle devienne denté par son intersection avec les sillons.

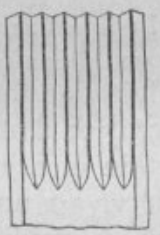
Cet angle denté peut être fait à tout instrument destiné

à gratter les racines. L'efficacité de l'instrument est grandement augmentée de ce fait. Il agit en brisant en petites portions les dépôts, de telle façon que leur ablation ultérieure s'accomplit avec moins de force et plus de sûreté qu'avec un instrument à lame continue que l'on use dans le même but.

L'action de l'instrument signalé sera rapidement appréciée si l'on veut bien considérer que chacune des dents de la surface coupante entre dans la masse calcaire comme un coin et que l'instrument soit poussé ou tiré, il se forme dans la masse une série de sillons, de canaux, favorisant la fracture du dépôt en petits fragments qui sont détachés du cément auxquels ils adhèrent. Un autre avantage consiste en ce que la surface dentée empêche tout déplacement de l'instrument et la blessure des tissus mous, accident susceptible de se produire même avec un opérateur habile ; lorsqu'on se sert d'un instrument lisse pour enlever des dépôts durs et tenant profondément sur des racines connexes. Non seulement le grattoir denté s'oppose à tout déplacement latéral, mais encore il coupe et suit une direction toujours la même dans l'axe vertical de la racine. La seule nouveauté est l'application à cette classe d'instruments spéciaux d'un principe ancien. Ce principe a d'ailleurs été employé avec succès dans les fraises à émail dentées, l'ostéotome de Cryer, la plane dentée, le ciseau denté des tailleurs de pierre, la meule dentée pour refaire la surface des meules d'émeri et nombre d'autres instruments de même valeur.

Nous n'avons pas voulu dire cependant que ce grattoir denté doit remplacer toutes les autres formes de grattoir, mais que bien au contraire il est destiné à compléter l'action des grattoirs à lame lisse ; nous le proposons comme un instrument pratique pour détacher les dépôts sériques réfractaires sur les racines des dents, son emploi devant être suivi de celui d'un instrument à lame lisse qui doit laisser la surface cémentaire aussi lisse que possible pour éviter par la suite toute trace d'irritation mécanique des tissus

mous environnants. Cette surface lisse ne peut évidemment être obtenue avec l'instrument dont nous avons parlé. Pour que sa nature spéciale et son usage particulier puissent être différenciés de ceux du grattoir ordinaire, j'ai été tenté de le nommer *calcitrite*, ce mot indiquant clairement le but auquel je le destinais. Toutefois comme je suis peu enclin à ajouter de nouveaux mots à notre nomenclature déjà volumineuse, je me contenterai de le désigner sous le nom de grattoir denté et, tel qu'il est, je le recommande à votre attention et à votre considération.



Scaler denté.

NOTE SUR UNE FORME PARTICULIÈRE DE PSEUDO-ODONTALGIE D'ORIGINE GRIPPALE

(Communication à la Société d'odontologie de Paris, séance du 6 juin 1905.)

Par M. Maurice Roy.

A diverses reprises, plusieurs auteurs ont appelé l'attention sur les manifestations buccales de la grippe. M. Lecaudey, en 1890 [1], signalait une forme de gingivite particulière qu'il avait eu l'occasion d'observer consécutivement à la grippe chez un certain nombre de malades ; M. Hugenschmidt, en 1892 [2], décrivait une stomatite et une gingivite ulcéreuses à forme particulière, ainsi que des accidents buccaux divers observés par lui au cours de deux épidémies de grippe particulièrement graves.

Je veux signaler brièvement ici une forme particulière de pseudo-odontalgie que j'ai eu l'occasion d'observer à maintes reprises consécutivement à la grippe et dont j'ai rencontré cet hiver un nombre de cas assez notable dans ma clientèle.

Beaucoup d'auteurs ont déjà signalé les névralgies du trijumeau parmi les manifestations se rencontrant au cours de la grippe, mais ces névralgies, si l'on s'en rapporte aux indications données par les auteurs, n'affectaient pas un siège déterminé.

Dans les cas que j'ai observés, au contraire, il s'agissait d'une localisation très nette, simulant une odontalgie à siège précis et intéressante par la constance des symptômes observés chez mes différents malades.

---

1. E. Lecaudey, *Manifestations buccales de la grippe. Odontologie*, 1890, p. 54.
2. Hugenschmidt, *Des complications infectieuses buccales et dentaires de la grippe pendant les épidémies de* 1889-90 *et* 91-92. *Revue Internationale d'Odontologie*, 1892, p. 57.

Invariablement, les malades se présentaient en se plaignant de douleurs très violentes localisées dans les grosses molaires supérieures de l'un ou de l'autre côté. Ces douleurs, peu influencées par les impressions thermiques et la mastication, affectaient le type continu et étaient assez analogues à celles qui accompagnent la formation d'un abcès alvéolaire.

Dans tous les cas que j'ai eu à observer il s'agissait de malades dont toutes les dents, du côté incriminé, à la mâchoire supérieure aussi bien qu'à l'inférieure, étaient exemptes de caries ou avaient de petites caries du second degré obturées depuis longtemps.

Aucune de ces dents ne présentait à l'inspection la plus minutieuse le moindre signe suspect.

Néanmoins, on constatait une légère sensibilité à la percussion de haut en bas des grosses molaires supérieures, sensibilité quelquefois un peu plus accentuée dans l'une d'elles, que le malade accusait souvent d'une façon plus précise d'être la cause de ses douleurs.

La coloration et la consistance de la gencive étaient normales ; on constatait cependant un peu de sensibilité lorsqu'on exerçait une pression dans le sillon vestibulaire au niveau de la tubérosité malaire.

En présence de ces signes il était difficile d'incriminer les dents, d'autant que rien ne militait en faveur de phénomènes de calcification pulpaire, auxquels on doit toujours songer en pareil cas; aussi fallait-il tourner mes investigations d'un autre côté et tous ces malades, questionnés au sujet d'une grippe antérieure, m'apprenaient qu'effectivement ils venaient d'être grippés et avaient encore un peu de coryza.

Il s'agissait évidemment de douleurs névralgiques dans l'origine desquelles les dents n'étaient pour rien et dont la cause devait être attribuée à une sinusite maxillaire d'origine grippale, ce qui était encore confirmé par de la sensibilité à la pression au niveau du trou sous-orbitaire, à l'exclusion des autres points d'émergence du trijumeau.

On s'explique aisément ce fait, étant donné les rapports étroits du sinus maxillaire avec les diverses branches du nerf maxillaire supérieur.

Du reste, tous ces malades ont été très rapidement guéris de ces pseudo-odontalgies par l'administration de cachets

anti-névralgiques et par quelques applications intra-nasales de pommade mentholée [1].

Il s'agit là, comme on le voit, de très petits faits ; néanmoins, il m'a semblé intéressant de les signaler, car leur connaissance peut être utile pour éclairer un diagnostic parfois difficile à porter, dans certains cas où l'examen des dents peut être moins nettement affirmatif que dans les cas que j'ai eu l'occasion d'observer.

Quant à ces sinusites grippales auxquelles je crois pouvoir attribuer l'origine des névralgies que je signale, on sait, ainsi que le faisait remarquer, avec son autorité en la matière, M. Sebileau, dans sa communication à la dernière séance de la Société d'Odontologie, que le pronostic en est généralement très favorable et, de fait, il en a été ainsi dans tous les cas que j'ai observés.

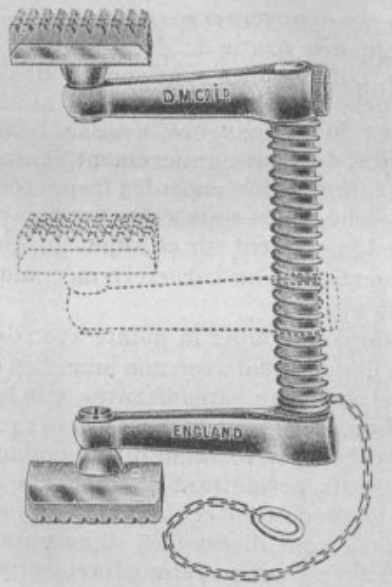
---

1. 1° Antipyrine ..... 0.50 cgr.
Bromhydrate de quinine..... 0.25 cgr.
Pour un cachet ; en prendre quatre par jour et diminuer d'un cachet chaque jour jusqu'à cessation complète quand les douleurs diminuent.
2° Menthol..... 0.75 cgr.
Acide borique..... 10 gr.
Vaseline..... 30 gr.
Matin et soir mettre dans chaque narine gros comme un pois de cette pommade.

Procédés et perfectionnements

BAILLON DE M. KNOWLES

Ce bâillon, dont il existe trois variétés, est une modification de celui de M. Brunton.



Les principaux avantages qu'il assure sont les suivants :

1° Quoique solide, il est extrêmement petit et léger et peut s'employer avec un masque ordinaire, sans que cela dérange son adaptation ;

2° La tige verticale peut être infléchie d'un côté, avant l'application du masque ;

3° Les coussinets étant en aluminium, le bâillon tout entier peut être stérilisé et rendu aseptique ;

4° Comme les porte-coussinets sont fixés à l'aide du principe du centre et de la tarière, la tige verticale peut aisément être infléchie d'un côté ou de l'autre sans risque de déranger le bâillon de sa position ;

5° Il peut s'employer avec le même avantage pour les molaires et les bicuspides que pour la région des incisives ;

6° Il se fait en trois grandeurs :

Le n° 1, de petite dimension, pour la région des molaires et des bicuspides.

Le n° 2, de dimension moyenne, pour la région des incisives.

Le n° 3, de grande dimension, pour la région des incisives.

On peut se procurer ce bâillon avec des coussinets épais en caoutchouc mobile ; il est fabriqué par la Dental Mfg Co.

PORTE-CAPSULES-BRISE-CAPSULES AUTOMATIQUE DE M. KNOWLES, POUR ANESTHÉSIQUES

Il est hors de doute que l'emploi des capsules pour les anesthésiques les plus volatils, tels que le chlorure d'éthyle, le somnoforme, etc., a une utilité, puisque les avantages en sont multiples et évidents.

Tout d'abord on peut conserver les capsules sans limite dans tous les climats, sans le moindre risque de détérioration ou de diminution de leur contenu. Puis, comme elles contiennent des quantités exactes et connues, elles donnent toute sécurité, et c'est là un fait très important, car tout danger d'un dosage exagéré, avec ses conséquences fâcheuses et quelquefois fatales, se trouve entièrement écarté.

Bien d'autres avantages des capsules frapperont aisément ceux qui se servent des anesthésiques sous cette forme ; par suite il n'est pas besoin de s'étendre longuement sur ce sujet. Jusqu'à présent on leur a fait une grande objection, d'un caractère mécanique, à savoir la difficulté de manipulation.

Certains conseillent d'en couper la pointe avec des ciseaux ; d'autres recommandent d'en limer le col avec une lime. Les deux méthodes sont loin d'être parfaites ou même satisfaisantes, car le contenu se répand très souvent quand on s'y attend le moins et est par suite perdu.

Cet inconvénient est si bien reconnu qu'on a imaginé des inhalateurs contenant des dispositifs permettant de briser la capsule au dedans. C'est là certes une méthode très critiquable, sinon dangereuse, parce que les éclats de verre sont disséminés dans tous les sens, de sorte que tous les passages d'air doivent être protégés par des diaphragmes en toile métallique, sécurité tout à fait insuffisante, ce qui a pour résultat d'entraver notablement la libre respiration du patient.

De là la raison d'être de ce porte-capsules-brise-capsules automatique pour anesthésiques, qui a été favorablement apprécié à une réunion récente de la Société des anesthésistes, comme venant à bout de la difficulté précitée d'une façon simple et pratique.

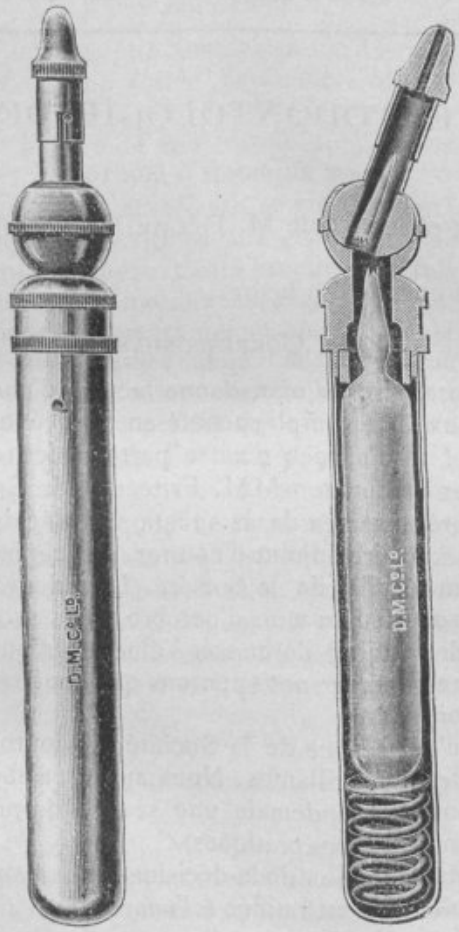
Il est petit, compacte, tout en métal, incassable, avec cet avantage que la simplicité de sa construction l'empêche de se déranger.

Il se compose essentiellement de 4 parties : *a*) le corps, qui tient la capsule ; *b*) une gaîne contenant le ressort qui maintient la capsule en position ; *c*) une boule et un bec ; *d*) une coiffe avec un crochet à baïonnette, dont la pointe est protégée par un petit morceau de toile métallique.

La capsule une fois insérée dans le corps, la gaîne est fixée alors, et comme le col de la capsule pénètre dans la boule et le bec, il en résulte que, lorsque ce dernier s'infléchit dans une direction quelconque, le col est brisé et le contenu est projeté dans tout récipient adopté pour

administrer l'anesthésique ; on peut donc l'employer avec toute forme d'inhalateur, sans le moindre risque qu'une particule de verre y pénètre.

La capsule s'enlève aisément en retirant la gaîne (*b*) et les fragments de verre s'enlèvent en retirant la coiffe.



Ce porte-capsules se fait de deux formes : 1° pour porter une seule capsule ; 2° pour porter deux capsules. La dernière forme est préférable, car une capsule est parfois insuffisante, particulièrement pour les hommes vigoureux ou quand l'opération dure plus longtemps qu'on ne l'a supposé ; par conséquent la seconde capsule est toujours prête en cas de besoin, ce qui est particulièrement avantageux pour les opérations dentaires et autres opérations de courte durée.

Le porte-capsules peut recevoir des capsules de 3 ou de 5 c. c., de chlorure d'éthyle (Duncan et Flockhart) ou de somnoforme.

Il est fabriqué par la Dental Mfg Co, de Lexington Street, Londres.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ D'ODONTOLOGIE DE PARIS

Séance du mardi 6 juin 1905.

Présidence de M. DELAIR, président.

La séance est ouverte à 9 heures.

I. — CORRESPONDANCE.

M. Blatter, secrétaire adjoint, donne lecture d'une lettre par laquelle M. Ledoux remet un pli cacheté en dépôt à la Société.

M. le président. — J'ai reçu d'autre part des lettres de démission de deux membres du bureau : MM. Friteau et de Croës.

Le bureau, après examen de la situation, a décidé de charger le président et le secrétaire-adjoint d'assurer, jusqu'à la fin de l'année, le fonctionnement régulier de la Société. Le renouvellement de ce bureau devant avoir lieu au mois d'octobre, nous avons jugé inutile de mettre à l'ordre du jour de ce soir l'élection d'un vice-président et d'un secrétaire général ; nous pensons que vous ratifierez la décision que nous avons prise.

Il n'y a plus qu'une séance de la Société d'Odontologie : celle de juillet, qui sera des plus brillantes. Nous aurons d'abord une séance de communications et le lendemain une séance de présentations de malades et de démonstrations pratiques.

Je mets aux voix l'adoption de la décision du bureau.

(La décision du bureau est ratifiée à l'unanimité.)

Les procès-verbaux des séances du 17 janvier et du 7 février ont paru dans *L'Odontologie* du 15 mars et du 30 avril. Quelqu'un a-t-il des observations à faire à ce sujet ?

(Les procès-verbaux sont adoptés à l'unanimité.)

Avant de donner la parole aux auteurs des communications, je dois vous faire part d'une erreur qui a été commise concernant l'ordre du jour de cette séance.

M. Hugot devait être inscrit pour un travail sur le « traitement du quatrième degré ». C'est par erreur qu'il n'a pas été inscrit à l'ordre du jour. Je m'excuse de cet oubli et notre confrère voudra certaine-

ment bien nous faire sa communication lors de la prochaine séance de juillet.

M. de Croës étant absent, je donne la parole à M. Roy.

II. — Note sur une forme particulière d'Odontalgie d'origine grippale.

M. Roy. — Le titre de cette communication devrait être plutôt ainsi formulé : « Note sur une forme particulière de *pseudo-odontalgie* d'origine grippale. »

M. Roy donne lecture de son travail (publié p. 20) et ajoute en terminant :

« Invariablement tous ces malades se présentaient en accusant de très violentes douleurs localisées aux grosses molaires supérieures tantôt à droite, tantôt à gauche. Cette pseudo-odontalgie, peu influencée par la pression, les variations thermiques, la mastication, offrait une analogie avec les douleurs qui accompagnent la formation d'un abcès alvéolaire. Dans tous les cas qu'il m'a été donné d'observer, les dents du maxillaire supérieur et celles du maxillaire inférieur étaient exemptes de caries ou présentaient des caries du second degré obturées depuis plusieurs années. J'ai donc pu constater, après un examen minutieux, qu'aucune des grosses molaires n'offrait rien de suspect, en tant que lésion organique ; néanmoins je constatais que les molaires supérieures présentaient un certain degré de sensibilité à la percussion pratiquée dans le sens axial. Une de ces malades accusait des douleurs violentes, localisées dans la région des grosses molaires lorsque je pratiquais l'exploration digitale du rempart alvéoluire externe ; la muqueuse avait conservé cependant son aspect normal. »

Discussion.

Le président. — Quelqu'un demande-t-il la parole sur la communication de M. Roy ?

M. Frey. — Comment M. Roy explique-t-il les phénomènes douloureux qu'il a observés au niveau du maxillaire inférieur ?

M. Roy. — Je n'ai pas observé de douleurs à la mâchoire inférieure, mais toujours aux dents du maxillaire supérieur.

M. Frey. — Je croyais avoir entendu qu'il s'agissait d'odontalgie localisée aux deux maxillaires. Les observations de M. Roy confirment point pour point celles que j'ai eu l'occasion de faire personnellement.

M. Roy. — Si tous ces malades n'avaient pas eu de grippe antérieure, on aurait pu se demander s'il ne s'agissait pas de calcification pulpaire ou de phénomène tout à fait extraordinaire. Le diagnostic aurait été plus embarrassant si les malades en question avaient eu du côté intéressé une molaire atteinte d'un 4e degré et si la douleur avait justement été ressentie du côté du sinus en pleine infection grippale.

Dans ce cas on aurait été porté à croire qu'il se passait des désordres pathologiques sérieux du côté de la dent et la désobturation ou l'extraction de cette dent aurait paru tout à fait indiquée.

M. Godon. — Vous venez de prononcer le mot de calcification pulpaire : j'allais attirer votre attention sur cette dystrophie pulpaire. Il est difficile en effet d'établir qu'il ne s'agisse pas de calcification, étant donné que les signes fonctionnels de cette lésion organique ne sont pas toujours d'une précision suffisante en vue d'un diagnostic de certitude.

Pour ma part, je vous demande si vous avez eu des motifs, et quels ils sont, pour affirmer qu'il ne pouvait y avoir de calcification de la pulpe. Il me semble qu'il est prudent de faire ce diagnostic différentiel avant de se prononcer en faveur d'odontalgie d'origine grippale.

M. Blatter. — J'ai pu constater un cas identique aux observations de M. Roy. J'ai reçu, cet hiver, la visite d'un confrère qui souffrait d'odontalgie au maxillaire supérieur gauche. Mon confrère localisait assez mal le siège de la douleur ; il me fit observer qu'il était en pleine évolution de grippe avec rhinorrhée verdâtre gauche.

J'examinai les 3 molaires supérieures, elles étaient toutes sensibles à la percussion, la muqueuse gingivo-buccale était légèrement hypérémiée. La molaire de douze ans présentait une athrite alvéolo-dentaire plus accusée que les deux dents voisines. Cette molaire, obturée à l'amalgame, présentait une coloration grisâtre ; je crus à une mortification pulpaire. Je pratiquai la désobturation ; je constatai alors une sensibilité des plus marquées, avec réaction de l'organe central contre les agents thermiques. Je fis une obturation à la gutta ; tout rentra dans l'ordre ; la grippe disparut, la rhinorrhée cessa. J'obturai enfin la dent. A partir de ce jour mon confrère me déclara n'avoir plus ressenti aucune douleur de cette région.

M. Prével. — Puisque le mot calcification pulpaire est venu se placer ici, je demande à M. Roy si l'articulation était parfaite, si les dents du maxillaire supérieur avaient leurs antagonistes.

M. Loup. — Je viens d'observer une véritable série de cas assez curieux, cas qui ne peuvent, à vrai dire, se placer à côté de ceux signalés par M. Roy, puisqu'il s'agit d'abcès. Depuis un an environ, j'ai constaté certains abcès gingivaux bizarres qui au début m'ont décidé à désobturer les dents, car je croyais à des mortifications pulpaires.

Ces abcès évoluent sur la fibro-muqueuse au niveau de la racine des molaires, et se présentent sous l'aspect d'un petit cul-de-sac contenant du pus. Après avoir désobturé trois dents, j'ai trouvé dans chacune d'elles de la sensibilité. Ces abcès présentaient un décollement qui cheminait le long de la paroi alvéolaire.

Ce matin j'ai pu encore observer un abcès de ce genre au niveau

d'une dent de sagesse inférieure parfaitement saine, ainsi que les molaires de six ou de douze ans. Cette petite collection purulente se trouvait localisée sur la face externe du maxillaire. Je me permets de vous signaler ces cas bizarres, qui présentent, à mon avis, une pathogénie assez obscure.

M. Sauvez. — J'ai personnellement une observation à ajouter à celles que vous venez d'entendre. Il s'agit d'une malade atteinte de grippe et alitée, auprès de laquelle je fus appelé ; elle souffrait d'une violente douleur dentaire au niveau du maxillaire supérieur droit.

Je constatai la présence d'un bridge parfaitement construit. Il manquait une deuxième grosse molaire et une deuxième petite molaire ; il restait donc la dent de sagesse, la première grosse molaire et la première petite molaire. Le dentiste avait fait une couronne sur la dent de sagesse, une deuxième sur la première grosse molaire, enfin une troisième sur la première petite molaire, un pont réunissait ces trois arches. La malade accusait de fortes douleurs au niveau de la dent de sagesse, surtout à la percussion. La première molaire était également sensible à la percussion. Ma première intention fut d'enlever le bridge, pensant à l'infection radiculaire de la dent de sagesse. Mais après examen très minutieux de toute la région, je conclus comme diagnostic, étant donné que la malade était en pleine période de grippe, qu'elle devait faire de la sinusite grippale.

Afin d'établir un diagnostic ferme, je pratiquai avec le tour un pertuis explorateur dans la dent de sagesse ; je pus constater une sensibilité dentinaire très nette, à la sonde et au froid. Ainsi j'avais la certitude que la dent de sagesse était saine et exempte d'infection. Quinze jours après cette petite intervention, j'aurifiais la dent, qui n'offrait aucun signe d'arthrite alvéolo-dentaire. Les douleurs avaient cessé.

Pour conclure, il s'agissait d'un cas absolument analogue à ceux signalés par M. Roy : odontalgie consécutive à une sinusite grippale.

M. Frey. — Notre confrère Roy a modestement intitulé sa communication : Note sur une forme particulière de pseudo-odontalgie d'origine grippale ; nous pouvons cependant constater qu'elle étend beaucoup la discussion, parce qu'elle nous a fait comprendre l'étendue de la sinusite et des complications dentaires. Elles sont si nombreuses, elles sont si variées que nous devons nous y intéresser tout particulièrement, d'autant mieux qu'elles ne sont pas connues et ne sont décrites nulle part.

Aussi les observations que j'ai eu l'occasion de faire, je tiens à le dire, sont tout à fait semblables à celles qui viennent d'être exposées par M. Roy ; deux observations sont pour ainsi dire calquées sur les siennes.

M. Roy. — Je remercie M. Frey de ce qu'il vient de dire, mais

il ne m'a pas paru que le sujet méritât une extension trop considérable.

Voilà plusieurs années que j'observe des cas semblables et j'avoue que le premier qui s'est présenté à moi m'a fort ennuyé dans l'impossibilité où j'ai été au premier abord de trouver une cause vraisemblable aux douleurs de mon malade. J'avais bien pensé à la calcification pulpaire dont vient de parler M. Godon, mais rien ne venait appuyer ce diagnostic en dehors de la douleur. Je serais néanmoins revenu à ce diagnostic si la suite n'avait pas confirmé mon hypothèse de névralgie due à une sinusite grippale.

Dans les cas que j'ai vus par la suite j'ai été beaucoup moins embarrassé et, après un examen négatif des dents, je demandai immédiatement à mon malade s'il avait eu la grippe. Dans tous ces cas la suite a toujours montré l'exactitude de cette étiologie.

Les cas signalés par M. Blatter et M. Sauvez sont tout à fait conformes à ceux que j'ai observés. M. Sauvez dit que ces phénomènes sont des complications de toutes les sinusites. Cela peut être vrai, mais, pour ma part, ne les ayant rencontrés avec cette netteté et ces caractères que consécutivement à la grippe, je n'ai pas le droit de les signaler autrement que comme des complications de sinusites grippales.

Pour répondre à M. Prével relativement à l'articulation des dents, je lui dirai que celle-ci était normale et ne pouvait être incriminée comme raison possible d'une calcification pulpaire qui n'était pas en cause, comme je l'ai dit.

Quant aux cas signalés par M. Loup, ils sont en dehors de la question. Ils pourraient être intéressants à retenir s'ils étaient consécutifs à la grippe ; M. Hugenschmidt en effet a signalé des abcès à forme bizarre consécutifs à la grippe, mais M. Loup n'établit pas de rapports entre les phénomènes qu'il a observés et la grippe.

En résumé, je vous ai signalé les petits faits qui font l'objet de cette communication pour montrer que, en présence d'une odontalgie à forme bizarre, dont la cause paraît échapper à nos investigations, si cette odontalgie est localisée dans les grosses molaires supérieures, même dans les prémolaires, il y a lieu de songer à la grippe comme cause possible des douleurs. Si le malade a la grippe ou vient de l'avoir, il y a lieu d'attendre que la grippe soit terminée avant de recourir à une intervention dentaire importante, qui peut se trouver inutile si, comme cela m'est arrivé souvent, c'est uniquement la grippe qui est en cause.

M. le président. — Nous remercions très chaleureusement M. Roy de sa savante communication, nous l'en remercions tout particulièrement en raison de l'intéressante discussion qu'elle a fait naître.

La parole est à M. Frey pour sa communication.

III. — Les accidents d'éruption dentaire et le terrain.

M. Frey. — Je vous demande pardon de venir vous donner lecture ce soir d'un travail un peu succinct. Je l'ai fait pendant mes vacances de Pâques. Sur ces entrefaites on m'a fait le grand honneur de me nommer président de la Section d'Odontologie au Congrès de Cherbourg. Je m'étais proposé de mettre au net cette communication faite en province, sans le secours d'aucune bibliographie, mais pour la raison que je viens de vous donner je n'ai plus eu le temps de m'en occuper. Je me propose cependant de vous lire à Cherbourg ce travail au complet et développé.

Si vous le voulez bien, je me contenterai ce soir de vous faire connaître cette communication dans ses grandes lignes.

(M. Frey donne une lecture résumée de sa communication, au cours de laquelle il fait une rapide description au tableau noir.)

Aux différentes périodes de l'éruption dentaire M. Frey étudie les influences réciproques : A) du terrain sur l'éruption ; B) de l'éruption sur le terrain

Pour la première dentition ; *en A*, il développe les troubles apportés à l'évolution dentaire par la dyspepsie gastro-intestinale, la syphilis héréditaire, la rachitisme, les fièvres éruptives ;

En B, il discute la fameuse question si controversée des accidents dits de la première dentition et montre que celle-ci agit comme *cause prédisposante en affaiblissant l'équilibre de l'organisme.*

Pour les autres périodes de la dentition, M. Frey montre que le terrain a d'autant moins d'influence sur les accidents d'éruption que l'on s'avance plus vers l'âge adulte, c'est-à-dire vers un équilibre organique plus stable. Ce sont donc surtout les accidents locaux (et non plus généraux) qui dominent.

Discussion.

M. Roy fait au sujet de la communication de M. Frey quelques observations, qu'il se propose de développer plus longuement à Cherbourg lors de la réunion de l'AFAS. Il fait remarquer la complexité des phénomènes de croissance de l'enfant et pense que la relation entre les accidents dits de dentition et la dentition est des moins confirmées en tant que relation de cause à effet.

M. Godon. — Je demande la parole pour une motion d'ordre. Je crois qu'il serait plus sage de ne pas nous engager à fond dans cette discussion et d'attendre plutôt que nous ayons connaissance du travail complet que nous promet M. Frey.

Nous remettrions la discussion de cette communication au moment de cette réunion et nous pourrions alors la discuter plus longuement.

M. le président. — Nous allons clore cette discussion pour permettre — comme le dit M. Frey — de la reprendre à Cherbourg. Nous ne devons toutefois ne pas attendre Cherbourg pour féliciter M. Frey de son travail. Nous le remercions et l'engageons à terminer cette communication à Cherbourg.

La parole est à M. Platschick.

IV. — Compte rendu de la réunion de la British Dental Association a Southport (Angleterre).

M. Platschick. — Au lieu d'un compte rendu, ce sont plutôt quelques notes un peu décousues que je vous présenterai, ce dont vous voudrez bien m'excuser. Vous savez que le Congrès s'est terminé il y a quelques jours seulement ; il y a fort peu de temps que je suis de retour, ce qui ne m'a pas laissé le temps voulu pour développer les notes que j'avais à vous communiquer.

(M. Platschick donne lecture de ses notes. Voir *L'Odontologie*, n° du 30 juin p. 646.)

Je voudrais ajouter encore quelques mots.

Tout d'abord je dépose sur le Bureau de la Société d'Odontologie le programme des travaux du Congrès en vous signalant ce qu'il y a eu de plus intéressant.

Au moins 60 microscopes avaient été mis à la disposition des membres du Congrès pour examiner les coupes de pièces histologiques.

On nous a présenté également des travaux de porcelaine exécutés par M. Jenkins.

M. Michel nous a montré de merveilleuses radiographies, appliquées au stéréoscope. Il a fait séance tenante la radiographie d'un malade ; il a placé les épreuves au stéréoscope ; le relief obtenu est des plus remarquables.

Ce qui m'a paru intéressant également, c'est le fantôme de M. Brunton. Ce fantôme présente réellement certains avantages sur ceux qui existent, et sur ceux qui ont été précédemment construits par le même auteur. J'aurais voulu vous le présenter ce soir comme il l'a fait lui-même, mais je ne le peux pas. Je pense que vous vous rendrez néanmoins compte de son ingéniosité.

M. Brunton prie l'École dentaire de Paris de vouloir bien accepter le fantôme que je viens de vous présenter en son nom.

M. Knowles, qui est venu à Paris en 1900, me prie de présenter à la Société d'Odontologie ce petit instrument dont la Dental Manufacturing C° fait don à l'École dentaire. C'est un brise-capsule. Son usage est très simple : on n'a qu'à introduire une ampoule de somnoforme dans l'étui métallique, puis on presse sur l'extrémité

mobile qui brise l'ampoule, empêchant toute perte du produit anesthésique.

M. le président. — Quelqu'un demande-t-il la parole sur la communication de M. Platschick ?

DISCUSSION.

M. Godon. — Messieurs, je remercie, personnellement, notre ami Platschick d'avoir bien voulu nous représenter en Angleterre. Il nous a fait avec raison une critique que nous devons relever. Si nos confrères anglais regrettent de n'avoir pas vu plus de délégués de l'École dentaire de Paris à cette réunion, il y a assurément de notre part un peu d'ingratitude, étant donné les belles réceptions qui nous ont été faites chaque fois que nous avons été chez eux. Cependant je vous dirai, à notre excuse, que nous n'avons pas cette fois reçu d'invitation bien précise. En tous les cas ce n'est pas le motif qui fait que nous n'avons pas assisté à leur Congrès, la vérité est que nous n'avons pas trouvé de membres qui puissent y aller, et vous voyez que c'est regrettable, d'abord parce que la réception que l'on fait là-bas aux étrangers, et particulièrement aux représentants de notre École, est des plus cordiales, c'est regrettable aussi parce qu'on y voit et qu'on y entend des choses intéressantes.

Un premier point à relever, c'est l'adhésion de la British Dental Association à la Fédération dentaire internationale. Nous avons créé là un mouvement, un groupement international auquel nous ne pouvons rester indifférents et auquel je ne puis cesser de m'intéresser vivement pour ma part. Nous avons pu grouper les confrères les plus actifs de tous les pays du monde et, dans des réunions dont je me souviendrai toujours avec émotion, nous avons pu étudier les grands problèmes qui intéressent notre profession dans tous les pays. Un seul pays cependant était resté un peu en dehors et n'avait que des délégués non officiels : c'était l'Angleterre. A quels motifs était due cette abstention ? Ce serait long à discuter et nous ne pourrions d'ailleurs nous livrer qu'à des suppositions. Le président actuel de la F. D. I., le professeur Miller, et notre ami Kirk ont pu obtenir cette fois l'adhésion de la British Dental Association, qui a nommé comme délégués à la Fédération dentaire internationale cinq des plus éminents confrères anglais, entre autres le professeur Mummry. L'Angleterre a donc adhéré à la F. D. I. en y déléguant une représentation digne des dentistes anglais.

Cette année, il y aura à Hanovre une réunion de la Fédération dentaire internationale. Nous serons heureux d'y trouver une délégation des dentistes anglais.

Je ne veux pas vous signaler tous les points intéressants qui nous ont été rapportés par M. Platschick, pour ne pas abuser de vos instants.

Nous vous avons montré la vie professionnelle des Américains avec leurs sociétés et leurs écoles qui datent de longtemps déjà. Les Anglais, au contraire, sont plus près de nous et la création de leurs premières sociétés n'est pas aussi loin de la création des nôtres. Leur British Dental Association compte 1.500 membres. Nous avons assisté chez eux à des banquets de 400 personnes, leurs Congrès annuels ont plus de 300 membres. Les dentistes anglais dans leurs réunions ne s'occupent pas uniquement des communications scientifiques et des démonstrations purement dentaires, ils s'intéressent aussi au rôle social que doit jouer le dentiste, ils s'inquiètent des services que le dentiste est appelé à rendre dans la société en général, ils comprennent que la considération dont jouit le dentiste et sa situation sociale dépendent en partie de son intervention dans l'hygiène dentaire publique. Il n'est pas de réunion qui se tienne en Angleterre où l'on ne s'occupe de ces grandes questions d'hygiène et d'enseignement.

Enfin je vous parlerai de l'appareil fantôme de M. Brunton, créé pour l'enseignement des élèves de première année. Ceux qui ont voyagé ont pu voir que ces fantômes existent dans toutes les écoles du monde et que quelques mois, voire même une année d'étude, sont consacrés à un enseignement sur le fantôme, mais les appareils employés ne donnent pas une satisfaction aussi complète qu'on le voudrait parce qu'ils sont un peu incomplets et ne comportent que les maxillaires. M. Brunton s'est appliqué à se rapprocher le plus possible de la réalité en donnant à son fantôme le volume de la tête d'un malade. Il avait fait précédemment une tête démontable en aluminium. Nous l'avons employée pendant une année pour nos démonstrations à l'école. Mais un fantôme de ce genre coûte 200 à 250 francs, ce qui interdisait de l'imposer à chaque élève. Actuellement, le modèle que présente M. Platschick doit être encore un peu coûteux.

Dans tous les cas je vous signale les progrès réalisés par M. Brunton au point de vue de l'enseignement des élèves.

Nous le remercions tous de l'amabilité qu'il a eue en voulant bien se souvenir de nous pour faire don de ce fantôme à l'Ecole. Je propose donc que la Société d'Odontologie le remercie officiellement.

Et en terminant, je remercie pour ma part M. Platschick qui a bien voulu dans ces circonstances se faire l'interprète de notre Ecole et exprimer à nos collègues anglais nos regrets de n'avoir pu nous rendre parmi eux.

M. le Président. — Quelqu'un demande-t-il la parole ?

Nous devons remercier tout particulièrement M. Platschick de sa communication si documentée de ce soir, et cela à un double point de vue : d'abord pour ce qu'il est venu nous apprendre, ensuite parce qu'il n'a pas craint de faire ce voyage qu'il avait déjà effectué l'année dernière.

M. Platschick ne manque pas de montrer à la Société d'Odontologie combien il s'intéresse à l'art dentaire et c'est avec regret que je dois constater qu'il a été le seul parmi nous à se rendre à l'invitation de nos confrères anglais pour lesquels nous professons la plus cordiale sympathie. Il voudra bien être notre interprète auprès de M. Brunton, auquel la Société d'Odontologie adresse ses remerciements. Son bureau lui enverra d'autre part une lettre officielle de remerciements et de félicitations.

Nous remercions également le généreux donateur de l'instrument servant à l'anesthésie générale.

M. Frey. — Avant que la séance soit levée, permettez-moi de vous aviser que pour votre adhésion au Congrès de Cherbourg vous pouvez vous adresser soit à mon ami Lemerle, soit à moi.

La séance est levée à 11 h. 1/2.

Le Secrétaire adjoint,
BLATTER.

RÉUNIONS ET CONGRÈS

CONGRÈS DENTAIRE DE ZURICH

Par M. THIOLY-REGARD D. E. D. P., D. F. M. P.

La XX[e] assemblée générale annuelle de la Société Odontologique Suisse s'est tenue à Zurich les 20, 21 et 22 mai 1905, dans la salle de conférences de la « Meise », sous la présidence de M. le D[r] P. Guye, de Genève.

Plus d'une centaine de participants ont suivi avec intérêt les nombreux travaux inscrits au programme. Plusieurs confrères de France n'avaient pas craint de faire un long trajet pour répondre à l'invitation que leur avaient faite leurs collègues suisses.

Le samedi 20 mai, de 2 h. 1/2 de l'après-midi jusqu'à 7 heures du soir, fut consacré à liquider l'important ordre du jour de la séance administrative.

Le rapport présidentiel, en rendant compte des multiples affaires, démarches et correspondances dont la mention a été faite, a mis en évidence le zèle dévoué avec lequel le comité et tout particulièrement son président ont rempli leur difficile mandat. Le rapport du trésorier comme celui de l'administrateur de la *Revue trimestrielle Suisse d'Odontologie* sont venus confirmer l'état des plus satisfaisants de l'actif social.

Le Comité sortant a été réélu.

Les dix candidats présentés ont été admis comme membres.

Parmi les nombreux articles de l'ordre du jour ayant motivé une décision, il y a lieu de mentionner celle concernant la demande à adresser aux Autorités fédérales de décréter l'extension du programme des études dentaires en complétant le règlement des examens fédéraux : le deuxième propédentique des chirurgiens-dentistes ou examen d'anatomie et de physiologie serait le même que celui des médecins.

Pour l'examen professionnel, aux cours de pathologie générale, d'anatomie pathologique, de chirurgie générale, de pathologie et de thérapeutique spéciale de la cavité buccale, on ajouterait celui de bactériologie.

La partie pratique de l'examen serait également plus importante que précédemment : au lieu de quatre épreuves pour chacune desquelles il est actuellement donné une note principale, il y en aurait cinq et au lieu de l'exécution et de la pose d'une pièce de prothèse, il en serait exigé deux. Le projet présenté par la Société Odontologique de Zurich

réclamant un minimum de quatre semestres d'études professionnelles est également adopté.

Le rapport de la Commission d'hygiène dentaire au sujet de la propagation dans le public des notions d'hygiène dentaire est approuvé ; il est voté un crédit maximum d'un millier de francs pour l'impression en allemand et en français d'une courte notice sur les soins à donner et les règles à suivre pour conserver ses dents, laquelle sera largement distribuée dans toutes les classes de la population.

Le soir à 8 heures, une réunion familiale permettait aux sociétaires de passer une heure ou deux sous le charme de l'intimité la plus cordiale.

Le dimanche matin 21 mai, la séance de conférences et démonstrations est ouverte à 8 h. 1/2.

M. le Dr P. Guye, de Genève, fait une intéressante communication sur les couronnes et les bridges en platine dont il pratique la pose depuis plusieurs années ; il indique les nombreux avantages qu'il a pu constater dans l'emploi du platine préférablement à l'or ; question de couleur à part, il a reconnu que la muqueuse gingivale au contact de ce métal se comportait d'une façon des plus satisfaisantes, sans trace d'irritation, ce qui n'est pas toujours le cas, même avec l'or à 22 carats. Il n'est pas partisan des couronnes sans soudure, car il n'est pas possible d'arriver à produire une articulation exacte avec des couronnes estampées sans soudure.

Il est évident que le soudage du platine demande une chaleur beaucoup plus considérable que celui de l'or, il faut absolument faire usage du chalumeau oxydrique. Il emploie une soudure composée de 50 o/o de platine et de 50 o/o d'or fin ; la fonte de cette soudure se fait de même avec le concours du chalumeau oxydrique. Si l'on se sert de fil de fer comme moyen de ligature, il faut l'entourer d'amiante.

Les couronnes fenêtrées peuvent recevoir, à la partie externe, une face en porcelaine dure ; la bague même peut être recouverte d'émail à haute fusion, à la condition de faire des stries à l'aide d'une échoppe pointue.

Il fait circuler un certain nombre de modèles de différents systèmes et formes de couronnes en platine, de même qu'un spécimen d'un nouvel ancrage pour reconstruction d'angle en porcelaine, obtenu en rivant à la face linguale de la dent naturelle une plaquette estampée de platine.

M. le Dr G. Preiswerk, de Bâle, donne le résultat de ses essais pratiques avec le paramonochlorphénol ($C^6 H^4 OH$ cl) dans le traitement des dents cariées douloureuses ou infectées.

Il a reconnu que c'était un désinfectant des plus énergiques, pénétrant très profondément dans les tissus infectés ; c'est un destructeur de bactéries des plus rapides ; il est en même temps anesthésique, son emploi pour calmer la douleur en cas de pulpite est tout indiqué. Il est très efficace pour procéder au coiffage de la pulpe, c'est un coagulant du protoplasma. Il doit être préféré à la morphine, à la cocaïne et à la cataphorèse pour insensibiliser la dentine ; un petit cristal de paramonochlorphénol est introduit dans la cavité et l'on obture la

dent pour 24 heures ou plus, avec du ciment (ni coton, ni gutta) après ce temps on peut exciter la dentine sans douleur.

Pour la carie profonde, lorsque la pulpe est enflammée, un cristal de cette substance calme instantanément la douleur, bien mieux que ne pourrait le faire la morphine ou la cocaïne. On peut encore l'associer avec le ciment Harward dans la proportion de 30 à 50 o/o pour le fond des cavités ; de même, combiné avec l'arsenic, il permet de cautériser sans douleur la pulpe. Enfin il recommande chaudement l'emploi du paramonochlorphénol en thérapeutique dentaire, l'ayant essayé pendant un temps assez long à la Polyclinique de Bâle et dans sa clientèle.

M. A. Bardet, de Genève, présente un nouveau four électrique dont le moufle est suffisamment mince pour que le fil de platine enroulé extérieurement fournisse un développement de chaleur aussi énergique qu'avec l'ancien système avec fil de platine enroulé au milieu de la terre réfractaire.

Cette disposition extérieure du fil est recommandée dans le but d'éviter sa fréquente rupture, car il ne se rompt pas facilement par excès de chauffe ou d'usure, mais par le fait de la dilatation et de la contraction exagérée, lorsqu'il se trouve emmuré dans les parois du moufle. Les réparations sont également facilitées. La consommation électrique est la même que pour les moufles à fil intérieur, à peu près 3 à 3 1/2 ampères ; la dépense se monte à 0.35 centimes par heure.

Il explique minutieusement la façon de procéder pour fabriquer un moufle de ce genre ; on doit mouler de la terre réfractaire sur un modèle en métal en exerçant une pression assez forte avec une presse, le modèle étant graissé avec de la vaseline pour permettre de le dégager au bon moment, c'est une question de tour de main, et lorsque le moufle est sec, un fil de platine de 3 mètres de longueur et de 3/10 de diamètre est enroulé autour de lui.

M. le Dr A. Senn, de Zurich, ayant remarqué que, fort souvent avec le temps, les bords incisifs de l'émail de la dent en contact avec une incrustation de porcelaine se désagrègent et montrent des solutions de continuité, préconise les obturations de contour en porcelaine combinées avec de l'or ; c'est-à-dire qu'il aurifie préalablement le bord incisif de la carie dentaire avant de prendre le modèle de la cavité. Il présente deux patients sur lesquels ce procédé préventif a été appliqué.

M. le Dr prof. P. Ernst, de l'Université de Zurich, dans une brillante conférence, démontre l'importance de la pathologie générale pour le dentiste. A l'aide d'une argumentation serrée, faisant preuve d'une érudition des plus méthodiques, tout en reconnaissant la dualité technique et médicale de la pratique de l'art dentaire, il s'attache à faire partager sans conteste l'idée que « la dentisterie est une partie du tout médical ». Le dentiste moderne ne doit plus être regardé comme un artisan spécial, mais, comme le médecin, il doit posséder aussi bien les sciences naturelles que les branches fondamentales de la science médicale.

M. le Dr G. Stoppany, de Zurich, disserte sur les appareils de prothèse appelés à remédier aux défauts constitutionnels ou survenant

après des lésions ou produits par des opérations de résection chirurgicale des maxillaires. Il démontre ensuite tout le secours que peut apporter cette prothèse dans les cas de défectuosités palatines congénitales ou acquises, en présentant plusieurs sujets portant des obturateurs destinés à combler des défectuosités souvent excessives de la voûte palatine et du voile du palais.

Successivement il fait appeler six personnes des deux sexes qui viennent ôter et replacer leurs appareils et subir des épreuves différentielles de langage. Toutes parlent d'une façon nasillarde, fatigante et fort peu compréhensible lorsque leurs obturateurs sont enlevés, mais aussitôt qu'elles les remettent en place, la parole devient tout à fait normale, facile, naturelle et claire. On applaudit après chaque épreuve, et les applaudissements redoublent après la présentation d'une jeune fille de 17 ans qui non seulement déclame excessivement bien, mais encore chante d'une voix fraîche, forte et des plus agréables.

Le Dr Stoppany soumet enfin à l'examen une personne de 40 ans, qui porte un appareil de maintien destiné à immobiliser les deux parties non soudées du maxillaire supérieur, celui-ci ayant été fracturé sur la ligne médiane par un coup de pied de cheval.

Il est vivement félicité, au nom de l'assemblée, pour le brillant résultat auquel il est arrivé par ses ingénieux travaux de prothèse chirurgicale, en permettant à des malheureux de reprendre la place à laquelle ils avaient droit dans le rang humanitaire et social.

M. le Dr C. Martin, de Lyon, traite avec une compétence des plus scientifiquement établies la question du traitement des fractures du nez et des déviations de la cloison nasale. Quoique le sujet de sa démonstration n'ait pas l'air de se rapporter directement à l'art dentaire, il n'en est pas moins accepté aujourd'hui que la prothèse chirurgicale ne peut plus être regardée comme étrangère à cet art. En effet cette prothèse est née lorsque les chirurgiens ont fait appel à notre habileté, depuis ce moment elle est devenue et restera notre domaine.

Depuis 1900, il a eu l'occasion de soigner un certain nombre de nez dont les fractures récentes ou anciennes furent toujours réduites avec le plus heureux succès.

Il présente une série d'instruments destinés à ce genre de traitement, parmi lesquels : une pince-levier pour fracturer et remettre en place la cloison nasale ; des instruments de maintien ou de contention, formés par deux lamelles en caoutchouc noir pour être placées dans les narines : en faisant jouer une vis, les lames s'écartent en redressant le lobule du nez. Avec cet instrument la douleur disparaît rapidement, les hémorragies sont arrêtées et le nez prend et conserve un aspect normal.

M. J. Grüter, de Besançon, démontre la façon ingénieuse dont il a procédé pour restaurer une racine de prémolaire profondément cassée sous la gencive ; à l'aide d'un tube ovale, épais, du diamètre de la racine, arrivant à la hauteur du niveau de la gencive, il reforme une sorte de racine ; sur ce tube en or fixé au moyen d'un pivot de platine cimenté dans le restant apical de la racine, il a placé selon la méthode ordinaire une couronne à bague.

(A suivre.)

Chronique professionnelle

ÉCOLE DENTAIRE DE PARIS

Une assemblée générale extraordinaire de la Société civile de l'Ecole et du Dispensaire dentaires de Paris s'est tenue le mardi 4 juillet à 9 heures du soir au siège social. 235 membres étaient présents, dont 140 ayant voix délibérative. C'est la réunion la plus nombreuse qui ait été enregistrée depuis la fondation de l'école.

Cette assemblée a été convoquée à cause des démissions de huit membres du conseil, MM. Bonnard, de Croës, Duvivier, Fouques, de Flaugergues, Friteau, Manteau et Martinier, données antérieurement, à la suite de divers incidents. Elle avait pour objet de ratifier la nomination de quatre membres faite par le Conseil en conformité de l'article 3 des statuts, MM. Baelen, Viau, Francis Jean et Touchard, et de pourvoir au remplacement de six membres du Conseil.

Après lecture du rapport présenté par le Conseil et après la discussion à laquelle ce rapport a donné lieu, les diverses mesures prises par le Conseil ont été approuvées, conformément aux conclusions de ce rapport ; le titre de directeur honoraire et celui de membre honoraire du Conseil de direction ont été conférés à M. Martinier en récompense des services qu'il a rendus à l'école ; la nomination de MM. Baelen, Viau, F. Jean et Touchard a été ratifiée ; diverses modifications aux statuts ont été prises en considération pour être soumises à une assemblée générale ultérieure : enfin la ligne de conduite générale que le Conseil pense devoir donner à l'école a été approuvée.

L'élection de 6 nouveaux membres a donné les résultats suivants :

MM.	Hugot.....	124 voix,	élu.
	Desforges.....	119 —	—
	G. Lemerle.....	115 —	—
	Pelissier.....	107 —	—
	Loriot.....	100 —	—
	H. Villain.....	99 —	—

La séance était terminée à 11 h. 3/4.

CONGRÈS DE CHERBOURG

PROGRAMME GÉNÉRAL

Le 34e Congrès de l'Association s'ouvrira, à Cherbourg, le 3 août, sous la présidence de M. le professeur Alfred Giard, membre de l'Institut, président de l'Association, pour clôturer le 10.

JEUDI 3 *août*. — Dans l'après-midi, séance d'ouverture au théâtre. Le soir, réception au parc Liais, offerte par la municipalité.

VENDREDI 4 *août*. — Le matin et dans la journée, séances de sections. Le soir, conférence au théâtre.

SAMEDI 5 *août*. — Le matin et dans l'après-midi, séances de sections.

DIMANCHE 6 *août*. — Excursion générale à Saint-Vaast.

LUNDI 7 *août*. — Le matin et dans l'après-midi, séances de sections. Le soir, conférence par M. Louis Gentil.

MARDI 8 *août*. — Excursion générale au cap de La Hague.

MERCREDI 9 *août*. — Le matin et dans l'après-midi, séances de sections.

JEUDI 10 *août*. — Le matin, séance de sections. Dans l'après-midi, séance de clôture.

VENDREDI et SAMEDI 11 et 12 *août*. — Excursion finale.

Le Secrétariat sera installé au Lycée : il sera ouvert le mercredi 2 août à 2 h. 1/2.

Questions proposées à la discussion des Sections.

19e SECTION (*Odontologie*).

Influence de l'âge, en Normandie, sur la carie dentaire.
Influence de la race.
Influence de l'hygiène alimentaire, en particulier des boissons.
Influence des eaux, en particulier des eaux bicarbonatées calciques.

Nous prions nos confrères qui auraient le loisir, d'ici le 2 août, de faire, dans leurs régions respectives, quelques recherches concernant l'étiologie de la carie (en particulier l'influence des eaux de boisson) de vouloir bien nous les communiquer.

Dr Frey, Président. — Georges Lemerle, Secrétaire.

Titres des communications et démonstrations reçues le 9 juillet 1905.

Dr Audy (de Senlis). — 1° Expériences physiologiques sur le chlorhydrate d'érytrophléine.
2° Démonstration pratique de l'emploi de l'érytrophléine.
3° L'acide vanillique comme anesthésique local. Effets de sa combinaison avec la cocaïne (travail en collaboration avec M. C. André, pharmacien de 1re classe, ancien interne des hôpitaux de Paris).
(Communication et démonstration pratiques.)

Brodhurst (de Montluçon). — De l'emploi judicieux des ciments comme obturation et moyen de rétention en art dentaire (*avec démonstration*).

Choquet. — 1° Etude histologique d'une dent incluse.
2° Note sur une dent en évolution chez un vieillard.

Clerc Lucien (de Bordeaux). — Les anomalies dentaires. Opportunité de leur traitement.

Cossas (d'Hanoï). — Dentistes militaires aux colonies.

Creuzet (de Montpellier). — Un curieux cas d'intoxication locale lente par le plomb ou ses dérivés.

Delair. — Prothèse bucco-faciale.

Dr Frey Léon. — 1° Les accidents d'éruption dentaire et le terrain.
2° Eclatement par arme à feu de toute une branche du maxillaire inférieur ; intervention prothétique avant toute intervention chirurgicale.

Dr Godon. — Quelques considérations sur l'action mécanique de la mâchoire dans la mastication. Applications à la dentisterie opératoire et à la prothèse.

Heïdé. — Démonstrations pratiques.

Hugot. — 1° Traitement de la carie du 4e degré. Statistique de 900 cas.
2° Anesthésie pulpaire.

Dr Jacquet, médecin de l'hôpital Saint-Antoine. — Essai sur la répercussion cutanée des irritations dentaires.

Dr Jacquet, médecin de l'hôpital Saint-Antoine et *Emile Cramer*, assistant de stomatologie à la policlinique dermatologique de l'hôpital Saint-Antoine.
Zona ophtalmique d'origine dentaire.

Georges Lemerle. — Note sur le diagnostic clinique de l'émail et de l'os.

Lignères. — Une observation de guérison de pyorrhée alvéolaire avec déviation et allongement dentaire.

Loup. — Note sur une influence dentaire dans l'étiologie de la rage.

Martinet. — Présentation d'un nouveau jeu de porte-ressorts et d'une canule de seringue pour anesthésie locale.

Masson. — Les « Bridge-Works » à barres.

Dr de Nevrezé. — Considérations sur le traitement des suppurations chroniques du sinus maxillaire.

Pélissier. — Rapports entre la leucoplasie buccale et la syphilis.

Dr Pont (de Lyon). — Démonstrations.

Rigolet (Auxerre). — De l'opportunité de l'extraction des dents chez les diabétiques (Communication).

Dr M. Roy. — 1° Fibrome diffus des mâchoires.
2° Présentation d'un appareil de prothèse nasale.

G. Rozenbaum. — Hygiène dentaire dans les écoles.

Dr Sauvez. — 1° Installation type d'un cabinet d'opérations pour dentiste.
2° Quelques considérations sur le traitement de la pyorrhée alvéolaire.
3° Anesthésie locale par la stovaïne et la réfrigération combinées (Démonstration).

Dr Siffre, président de la S. O. F. — 1° La chirurgie dentaire dans l'armée coloniale.
2° L'emploi de l'ouate dans la correction des irrégularités dentaires.
3° Nouveau masque (n° 2) pour l'administration du chlorure d'éthyle anesthésique général.

Touchard. — Nouvel emploi de l'anesthésie locale en art dentaire (avec démonstrations).

Mlle Tzanck. — Etude sur l'atrophie du maxillaire inférieur dans les races civilisées.

M. Daniel Tzanck. — 1° Les soins des dents dans la prophylaxie de la tuberculose.
2° Traitement des abcès alvéolaires.

Vtau. — Note sur un point d'historique dentaire.

J. Vichot (de Lyon). — De l'emploi du perborate de soude en art dentaire.

Blatter. — Démonstrations d'anesthésie générale.

Prière d'adresser avant le Congrès, au plus tard le 30 juillet, à M. Frey, 99, boulevard Haussmann, un court résumé des travaux qui doivent être lus, pour les communications à la presse.

F. D. N.

Pendant la session de Cherbourg, aura lieu une réunion de la Fédération dentaire nationale à laquelle sont invités les membres des Sociétés adhérentes, et dans laquelle seront étudiées toutes les questions à l'ordre du jour de la dernière assemblée générale.

On traitera en particulier l'orientation des sociétés dentaires de France, la question du stage et des examens de chirurgien-dentiste, la création d'une caisse de prévoyance nationale et diverses revendications professionnelles. Nous espérons qu'un grand nombre de membres se rendront à cette importante réunion.

Chemins de fer.

Les Compagnies de Chemins de fer ont accordé, comme les années précédentes, une réduction de 50 o/o aux membres de l'Association qui se rendront au Congrès de Cherbourg.

Les délais suivants nous ont été indiqués pour la durée de validité:

Chemins de fer de l'Ouest		aller du 1 au 12 août.
—		retour du 3 — 14 —
—	l'Etat	aller du 30 juillet au 11 août.
—		retour du 3 août au 16 —
—	Est	30 juillet au 15 août.
—	P. L. M.	31 — au 18 —
—	Nord	du 1 au 20 août.
—	Orléans	Les délais seront indiqués sur les billets délivrés.
—	Midi	

Les Chemins de fer de l'Etat et du Midi délivrent des feuilles sur le vu desquelles il sera payé plein tarif à l'aller. Le retour sera gratuit à la condition que la feuille porte le visa de la présence au Congrès.

Les autres Compagnies délivrent des bons individuels de demi-place pour l'aller et pour le retour.

La Compagnie Transatlantique accorde une réduction de 30 o/o sur le prix des passages.

Les membres de l'Association, désireux de venir au Congrès au moyen de ces billets, devront en faire la demande AVANT LE 12 JUILLET sur la *feuille rose* qui sera encartée dans le prochain numéro du *Bulletin*.

Il ne pourra être donné suite aux demandes qui arriveront après le 12 JUILLET, pour les chemins de fer.

Association générale des dentistes de France.

Le bureau de l'Association s'est réuni le 24 juin au siège social. MM. Delair, Richer, Blatter, Hugot et Dissly étaient présents. M. Devoucoux s'était excusé.

La séance s'est ouverte à 9 h. et terminée à minuit.

Les onze questions portées à l'ordre du jour ont été examinées et renvoyées à des commissions.

Entre autres décisions, le bureau a résolu que l'Association générale prendrait part à la réception qui sera offerte les 11 et 12 juillet prochain aux dentistes canadiens par la Société d'Odontologie de Paris.

Il a émis le vœu que l'Association organise en 1906 une fête commémorative du 25e anniversaire de la fondation de l'Ecole dentaire de Paris.

Le bureau se réunira également à Cherbourg à l'occasion du Congrès de l'A. F. A. S.

Ordre du jour.

Correspondance.
Orientation de l'Association.
Etude préparatoire du projet de société mutuelle.
Organisation de la Chambre syndicale.
Propositions diverses.

Le secrétaire général,
Hugot.

Fédération dentaire internationale.

La session de la F. D. I. qui se tiendra à Hanovre le 7 août ne sera pas une assemblée générale, mais seulement une réunion du Conseil exécutif et des diverses commissions.

L'ordre du jour est le suivant :

1° Rapport du président ;

2° Rapport de divers comités nationaux sur les mesures récentes prises dans leur pays respectif en hygiène dentaire et en enseignement dentaire ;

3° Fixation des relations de la F. D. I. avec les divers comités nationaux ;

4° Relations des comités nationaux avec les corps représentatifs de leur pays respectif ;

5° Qualification de membre dans certains cas où des divergences d'opinion peuvent se produire ;

6° Opportunité de publier une brochure sur les soins des dents sous une forme praticable, pour les classes pauvres ;

7° Possibilité de fabriquer une brosse à dents à un prix la mettant à la portée des classes pauvres (Haderup) ;

8° Sens dans lesquels doit s'exercer dans l'avenir l'action de la F. D. I.

Les commissions existantes sont les suivantes :

1° Commission d'enseignement ;
2° Commission d'hygiène et des services dentaires publics ;
3° Commission de la presse internationale ;
4° Commission de jurisprudence et de déontologie.

Il sera procédé à la constitution d'une commission de nomenclature.

Le secrétaire général,
EDOUARD C. KIRK.

NOUVELLES

Examens de chirurgien-dentiste.

Les résultats des examens subis à la Faculté de médecine de Paris, session de juillet 1905, ont été particulièrement brillants pour les élèves de l'Ecole dentaire de Paris.

Sur 57 candidats présentés par l'Ecole au 1er examen (anatomie et physiologie), 52 ont été reçus.

8 ont obtenu la note *très bien*.
11 ont obtenu la note *bien*.
17 ont obtenu la note *assez bien*.
16 ont obtenu la note *médiocre*.
5 seulement ont été ajournés.

Ces résultats se passent de commentaires.

Société d'hypnologie et de psychologie.

La Société a tenu le 20 juin sa 14e séance annuelle sous la présidence d'honneur de M. Albert Robin, membre de l'Académie de médecine.

L'ordre du jour comprenait des allocutions du président d'honneur et du président effectif, le Dr Jules Voisin, et un certain nombre de communications scientifiques.

Erratum.

Nous avons omis M. Magub dans la liste des souscripteurs au buste Lecaudey publiée dans le n° du 15 juin. Nous adressons nos excuses à notre généreux confrère.

Mariage.

On annonce le mariage de M. Fernand Fertin, chirurgien-dentiste au Cateau (Nord), avec M^lle^ Louise Godécaux. La cérémonie a eu lieu le 20 juin.

Nos félicitations aux jeunes époux.

Un escroc.

Un de nos confrères nous écrit pour nous signaler les agissements d'un petit jeune homme brun qui se présente chez tous les dentistes, comme anglais, mais il est allemand, en offrant soit de travailler à l'atelier, soit de vendre des métaux, même de l'or.

Il a travaillé chez lui quelques jours et lui a emporté plusieurs instruments de beaucoup de valeur. L'adresse qu'il a donnée a été reconnue fausse. C'est un voleur capable de prendre tout en attendant soit au salon, soit dans l'antichambre.

Il est très reconnaissable à ce signe particulier : il a l'*incisive latérale supérieure gauche tout en or*. Cela se voit à 10 mètres et chaque praticien le reconnaîtra.

Il est petit et brun. Notre confrère a porté plainte contre lui.

Cet individu lui a dit avoir une quantité d'instruments chez lui, provenant probablement de vols.

Notre correspondant prie les confrères chez lesquels il se présentera de le faire arrêter.

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.*

? N° 231. — *Existe-t-il un livre de prothèse, contenant tous les travaux pratiqués couramment (tels que couronnes, bridges, porcelaines, etc...) et expliquant très clairement le mode opératoire ? Un livre pouvant être consulté avec fruit à l'atelier ? Si oui, où le trouver ?*

D.

☞ *Réponse.* — Un ouvrage aussi complexe n'existe pas en langue française.

? 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. RAMOS. Portugal.

☞ *Réponse.* — S'adresser à la maison Adrian, rue de la Perle, Paris.

? N° 233. — *M. Viau ayant trouvé le 1er vol. de la première édition de Fauchard serait heureux de trouver le 2e volume. — Il serait heureux de trouver également l'édition allemande publiée en 1736.*

PETITES ANNONCES

1 fois..... 3 francs | 12 fois (6 mois)..... 25 francs
6 » (3 mois)..... 15 — | 24 fois (1 an)..... 45 —

— la case simple —

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'École Polytechnique, professeur de chimie à l'École 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.

PRÉCIS D'ANATOMIE DENTAIRE

par **J. Choquet**, chirurgien-dentiste D. E. D. P. de la Faculté de Médecine de Paris, professeur à l'École dentaire de Paris. Un volume in-18 de 400 pages, accompagné de 195 gravures inédites, De Rudeval, éditeur. Prix : 8 francs.

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 90 0/0 des élèves présentés

200 FR. DU 9 NOVEMBRE A JUILLET, 2 HEURES PAR JOUR

Cours 1re 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'École Dentaire de Paris :

CATALOGUE de la BIBLIOTHÈQUE

de l'École Dentaire de Paris

Par **E. BONNARD**, *avec la collaboration de* **J. DE CROÈS**

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

25e ANNÉE. N° 14 30 JUILLET 1905 VOL. XXXIV

L'ODONTOLOGIE

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

BULLETIN

Ainsi que nous l'avons annoncé dans notre dernier numéro, des événements importants viennent de se produire dans la direction de l'Ecole dentaire de Paris (Voir Odontologie, *15 juillet 1905, p. 40). Ces événements, qui, à première vue, pourraient sembler uniquement des questions de personnes, nous paraissent être en réalité la résultante d'une évolution assez particulière de la profession, dont nous voudrions essayer de dégager la philosophie.*

Il y a vingt-cinq ans deux partis se trouvaient en présence : l'un, celui des beati possidentes *qui, animé de l'esprit le plus étroit, ne demandait qu'une chose la création à son profit d'un privilège d'Etat; l'autre, formé de l'élément jeune et novateur de la profession, ne cherchait que les moyens de s'instruire et pour cela créait, à la grande colère de la catégorie précédente, une école qui est un des plus beaux exemples de ce que peut faire l'initiative privée.*

Cette création, œuvre de libéralisme par excellence, triompha de tous les obstacles et, grâce à son action bienfaisante, grâce aux groupements qui gravitaient autour d'elle, dix ans durant, les dentistes, suivant la devise de l'Ecole dentaire de Paris, marchèrent unis à la conquête du progrès professionnel.

Mais un beau jour, les législateurs, qui depuis cent ans ignoraient les dentistes, se souvinrent de ces praticiens mis en vedette par leur propre action d'initiative

privée, malheureusement si rare en notre pays, et, comme les dentistes étaient mûrs pour la liberté, ainsi que le montrait leur œuvre, les législateurs décidèrent de la leur supprimer.

La profession à ce moment se trouva profondément divisée : les uns se refusaient à accepter une diminution quelconque de la liberté dont jouissait la profession même au prix d'un privilège ; les autres, au contraire, appelaient de tous leurs vœux les chaînes plus ou moins dorées que leur préparait le Parlement.

Nous ne rappellerons pas les luttes soutenues par les partisans des deux systèmes en présence, dont l'écho est à peine éteint ; la question est aujourd'hui définitivement tranchée par le vote de la loi de 1892 qui assura le triomphe des réglementateurs ; ceux-ci avaient réuni une majorité importante parmi les membres de la société de l'Ecole dentaire de Paris.

Mais si, aujourd'hui, partisans et adversaires d'autrefois sont ralliés à cette loi qui n'est plus en discussion dans son principe, il n'en est plus de même en ce qui concerne l'application de la loi et les conséquences à en tirer pour la meilleure évolution professionnelle. Les mêmes divisions profondes, mais formées d'éléments différents, se sont de nouveau peu à peu établies parmi les dentistes après le vote de la loi de 1892.

Les uns demandaient une application large et libérale de la loi, ils cherchaient à en utiliser les effets, non dans un but de persécution vis-à-vis de quelques individualités, mais dans un but d'émancipation et de développement professionnels toujours plus élevé suivant la ligne de conduite que rappelait si justement le président de la F. D. N., dans le rapport que nous avons publié récemment ici. Les autres, au contraire, demandaient une application étroite de la loi dont ils rêvaient de faire un moyen d'oppression, une arme de combat aux mains d'un groupe syndical des plus remuants.

Il résultait de cette situation, de l'action bruyante exercée par ces derniers membres, que l'évolution professionnelle parut toute transformée à quinze ans de distance.

Alors que jusque-là l'idéal professionnel qui avait prédominé avait été l'acquisition de la meilleure instruction professionnelle possible, idéal caractérisé par l'admirable mouvement qui créa l'Ecole dentaire de Paris, l'idéal qui parut prédominer, à partir de ce moment, fut tout autre, il eut surtout pour but la protection à outrance des intérêts particuliers des dentistes, en s'appuyant sur leurs droits, sans s'inquiéter des devoirs que comporte en soi tout privilège accordé à une collectivité.

Grisés sans doute par la possession d'un diplôme d'Etat, un certain nombre de dentistes ne pensèrent plus d'une part qu'à renforcer les privilèges que leur conférait ce parchemin et d'autre part qu'à restreindre le plus possible le nombre de ceux qui pouvaient aspirer à la possession d'un diplôme qui pouvait faire d'eux leurs concurrents de demain.

Cette évolution, marquée au coin des intérêts particuliers les plus étroits, avait bien été prévue par les défenseurs de la liberté professionnelle, et ils sont heureux de se rencontrer aujourd'hui dans cette lutte en faveur des idées libérales avec un grand nombre de leurs adversaires d'autrefois.

On sait assez par la chronique judiciaire avec quelle ardeur les partisans de cette conception étroite s'employèrent pour parvenir au premier de leurs buts, faisant pour cela abstraction de toute question de sentiment et sans souci des personnalités, parfois des plus estimables, qui se trouvaient atteintes par leurs poursuites.

Pour arriver à leur second but, ils s'en prirent aux écoles dentaires, qu'ils accusaient d'être la cause d'une pléthore professionnelle hypothétique et, pour combattre celle-ci, voulurent s'efforcer d'entraver l'activité de la plus florissante des écoles, l'Ecole dentaire de Paris.

Un certain nombre de partisans de ces idées rétrogrades avaient en effet été élus au Conseil de direction de cette école et ils avaient eu l'adresse de se faire encadrer dans des élections successives par une clientèle habilement choisie.

Dès qu'ils se virent en nombre suffisant au Conseil, ils s'efforcèrent de faire triompher leurs idées dans le sens du protectionnisme professionnel le plus étroit et des intérêts particuliers de quelques-uns.

Une telle tendance ne pouvait se faire jour sans rencontrer une vive résistance de la part des membres du Conseil qui étaient restés fidèles aux idées libérales qui avaient présidé à la création de l'Ecole dentaire de Paris et qui avaient assuré la prospérité croissante de cet établissement d'émancipation professionnelle. Pendant de longues années l'harmonie avait régné entre les membres de ce Conseil, par suite de la communauté de vues sur la direction générale de l'Ecole entre tous ces membres. Il résultait de cette harmonie une collaboration étroite de tous dans des discussions toujours courtoises et fructueuses en vue du perfectionnement continu de cette Ecole, à laquelle nous étions tous attachés par des liens d'une affection aussi profonde que désintéressée.

A partir de l'arrivée des nouveaux éléments dont nous avons parlé, auxquels s'étaient joints quelques anciens membres représentant les mêmes idées, les discussions les plus vives s'élevèrent à tout instant pour les motifs les plus futiles et les moins dignes d'intérêt.

Des vexations des plus mesquines furent dirigées contre certains membres et elles amenèrent le départ du Conseil de plusieurs de ceux-ci, qui ne voulaient pas, dans des conditions aussi désagréables, assumer la charge d'une administration à laquelle ils consacraient bénévolement tous leurs moments de loisir. Il résulta de tous ces incidents une dysharmonie profonde au sein du Conseil et des tiraillements incessants et des plus fâcheux dans l'administration de l'Ecole dont les nouveaux éléments du Conseil s'étaient emparés en partie.

La situation ainsi créée ne pouvait durer ; à la suite d'incidents multiples, dont on a pu trouver un résumé dans le rapport du Conseil d'administration, huit membres du Conseil appartenant à la minorité, que

nous nous permettrons d'appeler réactionnaire, faute d'autre qualificatif plus approprié à la situation, donnèrent leur démission.

Bien qu'ils fussent en nombre statutaire pour délibérer, les membres restants du Conseil, qui représentaient les idées libérales du groupement, résolurent de porter la question devant une assemblée générale extraordinaire de la Société de l'Ecole et Dispensaire dentaires de Paris, pour lui permettre de se prononcer entre les deux partis ou plus exactement entre les deux politiques en présence.

L'heure était grave pour l'Ecole dentaire de Paris et aussi, nous croyons pouvoir le dire, pour la profession tout entière en raison de l'organisation toute démocratique de cette école et de l'importance du groupement professionnel sur lequel elle s'appuie.

La Société n'avait pas été depuis longtemps consultée sur une question aussi grave. Lors des assemblées précédentes, les élections s'étaient faites bien plutôt sur les personnes que sur les idées représentées par celles-ci. Cette fois, il ne pouvait en être de même, il fallait que la Société indiquât dans quel sens elle entendait que fussent dirigés l'Ecole dentaire de Paris et le groupement qui représente la Société professionnelle française la plus nombreuse.

La situation ressemblait par certains côtés à celle qui existait au moment de la préparation de la loi de 1892 et que nous rappelions tout à l'heure.

Qui allait triompher? Seraient-ce les principes libéraux créateurs de cette école et de l'admirable mouvement de rénovation et d'émancipation qui avait suivi cette création ou bien seraient-ce les principes d'intérêt corporatif ou particulier les plus étroits, dont les représentants, après avoir largement profité de la maison, voulaient s'efforcer d'en fermer la porte aux nouveaux arrivants?

Nous sommes heureux de constater que, sans hésitation aucune, l'assemblée générale extraordinaire qui s'est réunie le 4 juillet dernier a consacré le triomphe des principes libéraux auxquels les fondateurs

de cette école sont toujours restés fidèlement attachés.

A une majorité écrasante l'assemblée vote un ordre du jour approuvant la conduite des membres libéraux restant au Conseil, tandis qu'un vote de blâme à l'égard de ces mêmes membres réunissait 25 voix sur 235 membres présents.

Cette assemblée générale avait réuni une affluence de confrères sans précédent : 235 membres en effet étaient venus y assister, montrant l'importance attachée par tous aux questions que l'assemblée devait avoir à trancher. Pour qu'il n'y eût pas d'équivoque chacun avait été mis longtemps à l'avance au courant de la situation et des questions sur lesquelles l'assemblée aurait à se prononcer par un rapport du Conseil d'administration contenant un exposé impartial des faits motivant cette assemblée générale extraordinaire[1].

Le compte rendu sommaire de cette assemblée, publié dans le dernier numéro du journal, a mis les lecteurs au courant des résultats de cette réunion, dont nous venons de rappeler le vote principal qui a tranché définitivement la situation. Nous ne voulons donc pas revenir sur la discussion qui eut lieu au cours de l'assemblée; néanmoins, nous ne pouvons que regretter d'avoir vu nos adversaires se refuser à porter la question sur son véritable terrain, et, à défaut d'idées, de les avoir vus s'abaisser aux plus bas procédés de la polémique, que

---

1. Ce rapport se terminait par les conclusions suivantes, qui furent mises aux voix et adoptées :

Conclusions :

En conséquence, nous vous proposons :

1° De ratifier les mesures prises par le Conseil ;

2° De valider la nomination de MM. Viau, Baëlen, Francis-Jean et Touchard comme membres du Conseil, en vertu de l'article 3 des statuts, et de désigner ces membres comme remplaçant quatre des membres démissionnaires qui avaient été nommés pour deux ans ;

3° De procéder à l'élection de six membres à adjoindre au Conseil d'administration pour le compléter ;

4° D'adopter la ligne de conduite générale que les membres du Conseil pensent devoir donner à l'Ecole dentaire de Paris ;

5° De prendre en considération diverses modifications aux statuts et au Règlement intérieur qui seront, s'il y a lieu, renvoyées ensuite à une assemblée générale ultérieure.

nous tenons à signaler pour que chacun puisse juger.

Le représentant de nos adversaires a détaché six mots *exactement d'une phrase prononcée par M. Godon au cours d'une discussion antérieure, et, en généralisant ce qui ne s'adressait qu'à quelques-uns, il a cherché à présenter comme un* ennemi des dentistes *cet homme auquel tous nos confrères français, de quelque doctrine qu'ils se réclament, doivent une éternelle reconnaissance pour l'œuvre de rénovation professionnelle dont il a été le principal artisan.*

Un tel procédé eut été odieux s'il n'eut été aussi ridicule, l'assemblée en a fait du reste prompte justice.

Mais qu'importent ces petites vilenies ? Ce qu'il nous faut voir, et pour nous en féliciter vivement, c'est le résultat de cette assemblée qui, en tranchant définitivement une question aussi grave, ramène l'harmonie dans le rouage le plus important du groupement de l'Ecole dentaire de Paris. Cette harmonie avait déjà été en partie réalisée au cours de l'année par les changements apportés dans la direction des autres parties du groupement (Association, Journal, Société d'Odontologie) et ce dernier événement achève de libérer notre groupement des entraves que voulaient mettre à son développement certains éléments rétrogrades.

Ces transformations, nous pouvons le dire en raison de l'importance numérique de ce groupement et de la place prépondérante qu'il a toujours tenue depuis vingt-cinq ans à la tête de la profession, marquent une époque dans la marche de l'évolution professionnelle des dentistes elles montrent le retour de leur groupement le plus important vers ces idées libérales qui ont été sa raison d'être, qui ont fait sa force et qui lui assureront dans l'avenir la vie et la prospérité.

Dr MAURICE ROY.

Travaux Originaux

RÉSULTATS ÉLOIGNÉS D'IMPLANTATIONS DENTAIRES

Par O. Amoedo.

(Communication à la Société d'Odontologie de Paris, séance du 11 juillet 1905.)

Il y a dix-sept ans que je pratique des implantations dentaires, et je suis de plus en plus convaincu de l'efficacité de cette opération et des services signalés qu'elle peut rendre tant au point de vue de l'esthétique qu'au point de vue de la mastication.

Parmi les nombreux malades que j'ai opérés dans les cliniques, devant des confrères, il y a une dame qui porte une incisive centrale supérieure depuis quinze ans ; une autre porte deux incisives depuis treize ans. Ces malades furent présentées pour la dernière fois au Congrès de 1900. Elles habitent la campagne et il ne leur est pas facile de venir à Paris le soir, sans cela, je les aurai priées de se rendre à cette séance ; mais, j'ai par contre, la chance de pouvoir vous présenter trois de mes patientes, déjà familières à beaucoup d'entre vous, pour les avoir vues venir, toujours de bonne grâce, me permettre de vous montrer les résultats éloignés de l'implantation.

L'une de ces patientes eut une bicuspide implantée en 1894 ; la deuxième fut opérée pour une incisive latérale supérieure droite, en 1895, à l'Ecole dentaire de Paris, et la troisième eut l'incisive latérale gauche implantée en janvier 1899.

La malade opérée en 1894, conserve sa même bicuspide implantée il y a onze ans.

A l'opérée de 1895 j'implantai une nouvelle incisive en 1897 ; la dent est en parfait état, depuis sept ans.

La patiente opérée en 1899, perdit sa dent par fracture en 1900. Une autre implantation pour la même dent, dura jusqu'au 8 juillet 1905, et le même jour, je réimplantai une autre incisive à la même place. On lira plus loin les observations détaillées de chacune de ces opérations.

Mais, ce que je voudrais vous faire remarquer, c'est l'enthousisme et la reconnaissance avec lesquelles ces patientes envisagent l'implantation dentaire.

En effet, bien qu'elles aient subi l'opération à plusieurs reprises, elles n'éprouvent nullement ce sentiment de terreur que ressentent tous ceux à qui on parle pour la première fois de cette intervention, qui consiste à trépaner le maxillaire.

Il y a dans ces observations un point remarquable à noter, c'est la durée des dents implantées. En effet, l'opinion la plus répandue est que les dents implantées ne durent que quatre ans environ ; or, dans les cas que j'ai l'honneur de vous présenter ce soir, ce nombre d'années a été dépassé de beaucoup. Et, par contre, les dents à pivot portées précédemment, avaient duré bien moins longtemps. L'opérée de 1894, par exemple, vit à deux reprises se briser la dent de Logan supportée par la racine de sa canine gauche.

Deux facteurs ont permis aux implantations dentaires de devenir d'une pratique courante et facile : je veux parler de l'antisepsie et de l'anesthésie locale ; grâce à l'antisepsie, il n'y a pas à redouter les complications infectieuses, et avec l'anesthésie locale, il n'y a pas à craindre la douleur.

La technique opératoire est bien plus simple que celle des dents à pivot et des travaux à pont.

Je me suis efforcé de vulgariser cette technique en pratiquant des implantations dans les cliniques des Congrès et

je suis toujours prêt à donner tous les renseignements que l'on voudra bien me demander à ce sujet.

Observation I.

Mme B... En janvier 1895, à l'Ecole dentaire de Paris, devant les membres de la Société d'Odontologie, je lui fis l'implantation d'une incisive latérale avec couronne en porcelaine et une racine naturelle superficiellement décalcifiée.

La dent fut fixée par des ligatures aux dents voisines pendant le travail de consolidation, les suites opératoires furent excellentes, et deux mois après j'enlevai les ligatures.

Un an plus tard, la couronne tomba avec le pivot, mais la racine resta solide en place. La patiente ne s'en préoccupait pas, et ce n'est qu'au mois d'août 1897 qu'elle revint me trouver, pour se faire poser une nouvelle couronne.

Je trouvai la racine très solide, l'extrémité libre recouverte par les gencives. En introduisant une sonde dans le canal radiculaire, je trouvai des tissus mous, saignants, à 8 m/m de profondeur.

Après avoir anesthésié à la cocaïne, je déblayai la gencive au thermocautère jusqu'à ce que la racine fut bien visible. Je préparai alors une dent de la façon suivante : je confectionnai un petit anneau en platine, ajusté autour de la racine et muni d'un pivot entrant dans le canal. Avec de la porcelaine, je fixai à cette petite pièce une couronne artificielle (dent de Downie) et je scellai avec du ciment la dent ainsi préparée.

Cette personne possède une articulation dentaire excessivement serrée, de telle sorte que, lorsqu'elle ferme la bouche, on ne voit pas les incisives inférieures qui viennent buter contre le talon des incisives supérieures et toucher les gencives.

Cette circonstance est des plus défavorables pour le maintien en place d'une dent implantée, ainsi d'ailleurs que pour une dent à pivot, et c'est un obstacle matériel à une pièce de prothèse.

Six mois plus tard, la dent à pivot, qui avait une couronne très longue, finit par briser le bout de racine et tomber.

La malade ayant réclamé une nouvelle implantation, je lui implantai une incisive inférieure qui par le peu de volume de sa couronne se prêtait mieux à l'opération qu'une incisive supérieure. La racine était superficiellement décalcifiée. Elle se consolida bientôt, et elle est solidement en place depuis le mois d'avril 1898, soit sept ans.

Obéissant aux instances de la patiente, qui désirait une nouvelle implantation, je pratiquai l'extraction de la racine de la deuxième bicuspide supérieure gauche au mois de février 1905 et, devant les membres de la Société Odontologique de France, le 14 mai 1905, je

pratiquai l'implantation d'une bicuspide naturelle à racine superficiellement décalcifiée. Je fis rentrer la dent à frottement dur et il fut inutile de mettre des ligatures.

Les suites opératoires ont été très satisfaisantes, et la dent a très bien pris. Aujourd'hui c'est une des plus belles dents de la bouche.

Observation II.

M^lle M. B..., 31 ans, bon état général.

Ses arcades dentaires articulent régulièrement.

Plusieurs molaires manquent déjà.

La première prémolaire gauche supérieure fut extraite en 1890.

La canine du même côté a perdu sa couronne par suite de carie.

En 1894, après stérilisation immédiate du canal radiculaire de cette dernière dent, j'y fixai une couronne de Logan.

J'anesthésiai, avec la cocaïne, la gencive correspondant à la première prémolaire gauche.

Une incision en H me permit de relever deux lambeaux profonds qui comprenaient le périoste. L'os fut trépané, puis j'y implantai une prémolaire naturelle sèche que je maintins en place par des ligatures en platine, aux dents voisines.

Ces ligatures furent enlevées deux mois plus tard lorsque la dent fut consolidée.

En 1897, la couronne de cette dent implantée s'étant profondément cariée par sa face distale, je l'obturai à l'amalgame, ce qui explique la teinte grise de la couronne.

Cette dent est en très bon état actuellement, elle a rendu pendant onze ans des services constants de mastication, car la malade n'a presque pas de molaires.

On ne peut pas en dire autant de la couronne de Logan placée sur la racine de la canine ; par deux fois déjà elle s'est brisée et il m'a fallu remettre une nouvelle couronne chaque fois. La dernière fois, j'ai eu de grandes difficultés pour enlever le pivot en platine resté dans le canal de la racine.

Observation III.

M^me S..., 31 ans.

Cette malade portait une dent à pivot sur une racine fracturée, qu'elle faisait tenir en entourant le pivot avec un fil.

Le 21 janvier 1899, après l'anesthésie locale, au moyen de la cocaïne-phénylique Poinsot, je me mis à la recherche des fragments de racine restés au fond de l'alvéole. J'eus beaucoup de mal à extraire la partie correspondant à l'apex, car il fallait agir avec prudence, afin de ne pas déchirer les rebords gingivaux dont j'avais besoin pour recouvrir la dent greffée.

L'alvéole une fois libre du reste de la racine, je l'agrandis en largeur et en profondeur, car la racine que j'avais à implanter était de beaucoup plus grande que celle qui existait précédemment dans l'alvéole.

Je fis entrer la dent à frottement dur, en la frappant avec un maillet automatique portant une pointe en bois à son extrémité.

La dent implantée était composée d'une racine naturelle avec une couche de cément décalcifié, portant une couronne en porcelaine de Logan.

Elle était si solide immédiatement après l'implantation que je n'eus pas besoin de la ligaturer aux autres dents.

Une incision profonde, faite sur la gencive au niveau de l'apex de la racine, fut suivie d'une abondante émission sanguine qui fut favorisée en maintenant la lèvre relevée pendant quelques minutes.

L'opération se termina par un badigeonnage sur la gencive à la teinture d'iode.

Les suites opératoires furent excellentes, malgré le milieu infecté sur lequel l'implantation fut faite.

Le 9 février, la dent étant un peu branlante, je fis des ligatures en fil de platine aux dents voisines.

Le 13 mai, soit trois mois plus tard, j'enlevai les ligatures et trouvai la dent définitivement consolidée.

En 1900, je présentai cette malade au Congrès dentaire international de Paris, et certains confrères voulant se rendre compte de la consolidation de la racine d'une façon un peu trop tangible, on finit par produire la fracture de la racine.

Je pratiquai alors une nouvelle implantation ; et j'ai trouvé de la difficulté à détruire avec le foret le restant de la racine fracturée et à trépaner l'os condensé qui entourait la dite racine.

Cette dent se consolida très vite, sans jamais avoir eu besoin de ligatures.

Il y a à peu près un an, il se présenta un petit point de suppuration sur la gencive, et en même temps la dent commença à devenir mobile.

Samedi dernier, 8 juillet, j'en pratiquai l'extraction et je trouvai la racine érodée sur quelques points de sa surface, tandis que sur d'autres il y avait des concrétions calcaires et le tout très infecté. Je montai la même couronne de Logan sur une autre racine avec couche cémentaire décalcifiée, j'élargis un peu l'alvéole en profondeur et j'implantai la dent que je ligaturai aux deux dents voisines.

ÉCOLE DENTAIRE DE PARIS

L'ENSEIGNEMENT PAR L'IMAGE DE L'ANATOMIE DENTAIRE ET BUCCALE ÉLÉMENTAIRE

(Rapport à M. le Directeur de l'Ecole dentaire de Paris.)

Par M. MAHÉ,

Chargé du cours d'anatomie dentaire de 1re année.

Monsieur le Directeur,

Faire un cours théorique d'anatomie, le cours fût-il *préparatoire*, et l'anatomie *élémentaire*, n'est pas chose facile, si le conférencier a réellement pour but de faire acquérir à ses auditeurs quelques notions exactes et précises.

S'asseoir derrière une table et se donner des allures brillantes en menant, comme on l'a si bien dit, son public stupéfait vers la transcendance, à travers l'incompréhensible, est une tâche certainement plus aisée que de faire naître par la seule parole, dans un cerveau ignorant, l'image représentative de l'organe décrit : car l'on tourne dans ce cercle vicieux que la connaissance préalable du sujet est précisément indispensable pour en comprendre la description. Pour dire vrai, la représentation graphique devient ici le mode d'action prépondérant et la parole, réduite au rôle accessoire, ne devrait exister que pour présenter et expliquer l'image.

Dans les premiers jours où j'eus l'honneur d'être chargé de ce cours, je pensai arriver à ce résultat par une large utilisation du tableau noir, et de fait mes conférences se composèrent presque exclusivement de schémas succédant aux schémas. Mais il me fut facile de me convaincre rapidement de l'insuffisance de ce système. Il occasionne d'abord une énorme perte de temps, et le conférencier, fût-il doué d'une dextérité et d'une habileté auxquelles je ne prétends pas, n'arrivera jamais à jeter assez bien et assez vite sur le tableau les multiples et complexes images nécessitées par la moindre description anatomique. Pour limiter dans la mesure du possible l'importance de cet inconvénient, on est presque fatalement conduit à un autre, qui est de pousser le schéma à son extrême limite et de s'en tenir à une représentation tellement théorique qu'elle n'est plus intelligible que pour ceux qui savent déjà. En outre, l'image achevée et expliquée doit immédiatement disparaître du tableau et le céder à la suivante, alors que quelques minutes plus tard il serait peut-être

utile d'y revenir. J'avais pensé à remédier en partie à ce dernier défaut par la multiplication des tableaux, et il vous souvient peut-être que je vous avais demandé s'il ne serait pas possible de garnir de tableaux noirs fixés au mur toutes les parois de la salle que vous mettez à notre disposition. Des impossibilités matérielles s'y opposaient.

Ce fut alors que je me proposai de recourir aux planches mobiles et de préparer à l'avance, sur des feuilles de papier, les principaux dessins qui devaient expliquer ma prochaine conférence.

Ce premier essai répondit à mon attente, malgré son insuffisance notoire ; car même en y consacrant mon après-midi des dimanches, il ne m'était possible de figurer que les notions d'ensemble les plus importantes, alors précisément que je sentais davantage le besoin de figurer de plus en plus les détails. Je fus aussi encouragé dans cette voie par le plaisir que j'eus de voir mon collègue M. Blatter, au zèle pédagogique de qui il est superflu de rendre hommage, accueillir immédiatement cette idée et apporter alors à l'Ecole ces planches artistiques qui ornent, encadrées, notre salle de première année.

D'autres circonstances vinrent me permettre de donner à mon projet un commencement de réalisation plus sérieux.

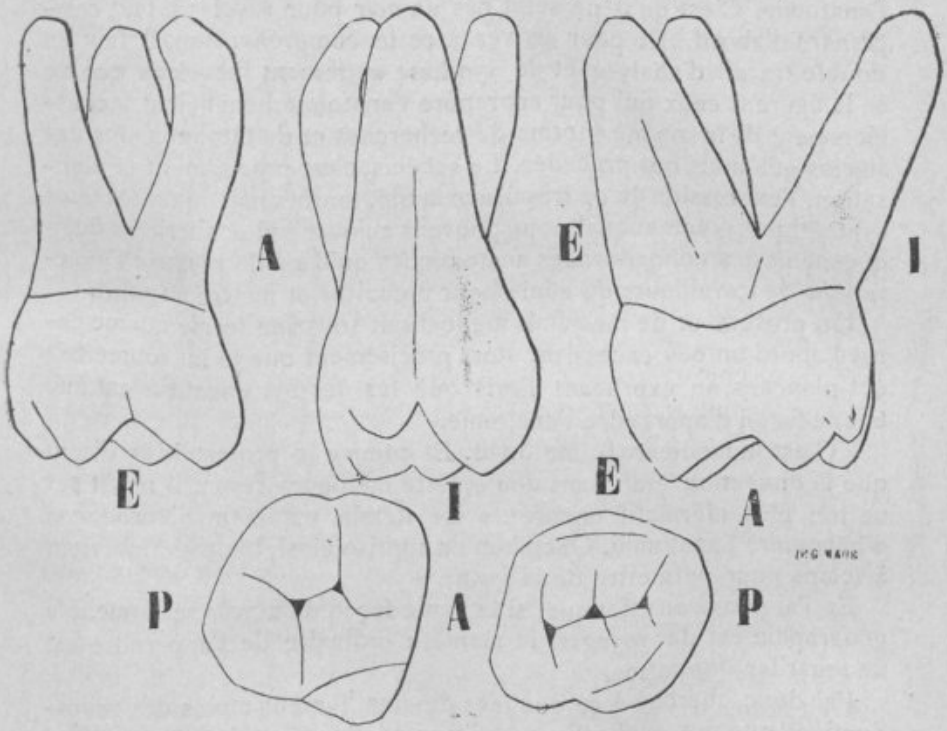
Le cours du semestre d'été se faisant, comme vous savez, le soir, le conférencier touche alors une indemnité de 10 francs par séance. De ce fait, mon cours de l'été dernier m'a valu quatre-vingt-dix francs. Favorisé jadis pendant un an, vous le savez sans doute, monsieur le Directeur, et il me plaît infiniment de le rappeler ici, d'une demi-bourse par l'Association générale des dentistes de France, je n'ai pas pensé que cette somme pût devenir tout simplement ma propriété ; mais je me suis adjugé la liberté d'en faire à l'Ecole la restitution par la voie qui me semblerait la meilleure et il m'a paru que j'atteindrais ce but en améliorant mon cours, sans demander de crédits à cet effet.

Précisément je venais de rencontrer parmi mes auditeurs quelques jeunes gens assez désireux de travailler et d'apprendre pour accepter de consacrer leurs loisirs, et même une partie de leurs vacances, à apporter à leur ancien professeur et à leurs successeurs le concours non négligeable de leur talent de dessinateurs.

Je vous les présente ici, monsieur le Directeur, ce sont : MM. Bennejeant et Tubiana pour l'anatomie de la bouche, et Cramer Georges pour l'anatomie des dents. A M. Sénécal je dois une unique planche qui suffit à me faire regretter que son zèle n'ait pas été à la hauteur de son habileté. Cette année je fus moins heureux et, parmi nos élèves de première année, un seul s'est senti pour l'anatomie assez de penchant pour contribuer à l'œuvre commune : c'est M. Sentenac, auquel malheureusement son état de santé a imposé un départ anticipé.

Entouré de ces collaborateurs bénévoles, j'ai pu, par la division du travail, augmenter notablement mes planches d'anatomie. La petite somme dont je disposais me permit, non certes de rétribuer leur collaboration qui demeure à mon égard un acte gracieux, mais de couvrir nos frais matériels. Avouerai-je que même sur ce point mon budjet fut dépassé ? Peu importe si le résultat est bon.

C'est ce résultat que je vous ai convié, monsieur le Directeur, à examiner aujourd'hui. Possesseur, en mai 1903, de quatorze planches,



je vous en montre aujourd'hui 75 : 41 d'anatomie buccale et 34 d'anatomie dentaire.

Pour l'anatomie régionale de la bouche nous avons pris notre bien où nous l'avons trouvé et mis à contribution les grands classiques d'abord, avec l'intention de ne rien laisser passer dans les ouvrages de second plan, ou dans les monographies isolées, de ce qui pourrait apporter à notre sujet une nouvelle et plus grande clarté.

Sappey et Poirier surtout, puis Testut et Tillaux ont fait les frais de cette première série. A ces dessins classiques, j'ai ajouté aussi quelques schémas. Vous remarquerez d'ailleurs, monsieur le Directeur, que c'est vers le schéma que j'oriente le plus possible ces dessins. Dans ces planches on a peu recherché l'effet artistique, mais vous y

trouverez encore bien moins quelque chose qui rappelle les procédés photographiques. Vous savez mon opinion sur ce point. La meilleure photographie sera bien certainement celle qui reproduira le plus fidèlement la nature ; or elle aura toujours sur la « pièce anatomique » l'infériorité de n'être que la *reproduction* de celle-ci. Si parfaite soit-elle, elle sera toujours inférieure à la pièce : c'est presque une naïveté de le dire. Or la pièce anatomique, l'humanité l'a eue sous main, et sous l'œil, depuis qu'elle existe et il lui a fallu des siècles pour apprendre l'anatomie. C'est qu'il ne suffit pas de *voir* pour savoir ; il faut *comprendre* d'abord. Et pour arriver à cette compréhension, il faut un double travail d'analyse et de synthèse autrement laborieux que ne se le figurent ceux qui pour apprendre l'anatomie bénéficient inconsciemment de la somme énorme de recherches et de tâtonnements des siècles qui nous ont précédés. Le schéma, c'est précisément la réalisation, l'expression de ce travail accumulé, tantôt analytique, et tantôt synthétique, grâce auquel nous pouvons aujourd'hui acquérir en quelques mois des connaissances anatomiques qu'il a fallu plusieurs générations de travailleurs de génie pour recueillir et mettre au point.

Un prosecteur de mes amis me le disait sous une forme qui me parut d'abord un peu excessive, alors précisément que je lui soumettais ces planches, en exprimant l'avis que les dessins constituaient une bonne façon d'apprendre l'anatomie.

« C'est la meilleure », me dit-il. Et comme je protestais en disant que la dissection était sans doute cette meilleure façon, il reprit sur un ton plus affirmatif encore : « Le dessin est la meilleure façon d'*apprendre* l'anatomie. Quand on l'a apprise ainsi, la dissection vient à temps pour permettre de la *savoir*. »

Et j'ai pensé en effet que, si la seule façon de savoir réellement la géographie est de voyager, la manière ordinaire de l'apprendre est de regarder des cartes.

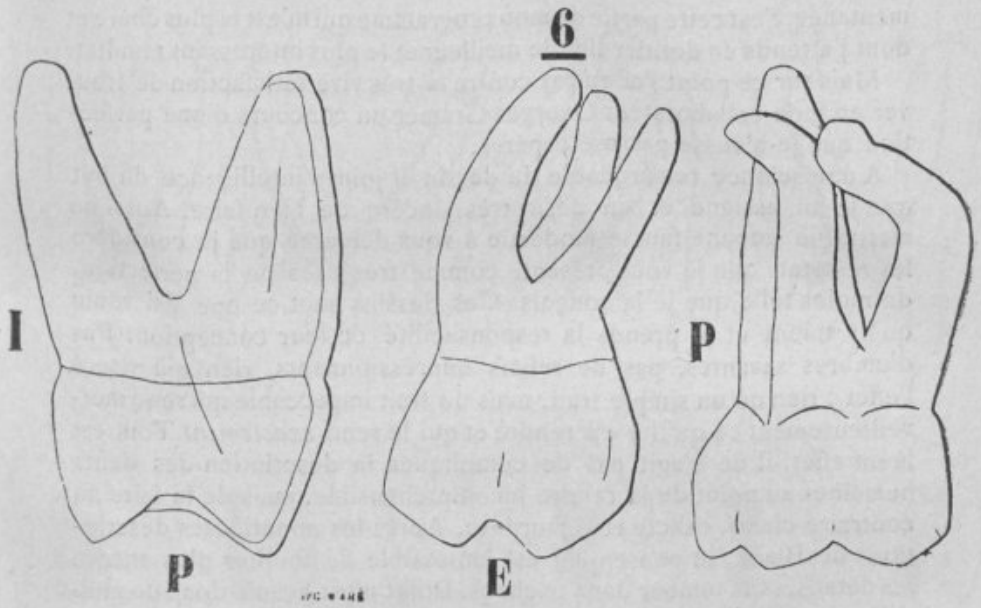
J'ai donc cherché à ce que mes dessins fussent moins des reproductions que des *explications*, et j'y ai appliqué précisément les procédés usités en cartographie. Sans fausse honte j'ai fait colorier les os par exemple, d'une manière qui n'est ni artistique, ni réelle ; mais qui, je pense, en facilite assez la compréhension à l'étudiant « neuf ».

Au moment où je me décidais à ceci, je pensais prendre alors avec les règles classiques une liberté un peu grande dont je ne me vanterais pas, mais j'ai changé d'avis depuis que j'ai connu l'atlas de Sobotta, dont M. Desjardins vient de donner une édition française, à laquelle précisément, grâce à l'amabilité de celui-ci, j'ai déjà pu faire quelques emprunts.

Je suis allé cependant plus loin encore que le professeur allemand, et je vous présente par exemple ce palatin à l'aspect d'abord assez carnavalesque dans lequel l'apophyse orbitaire est *rose*, l'apophyse

sphénoïdale *bleue*, l'apophyse pyramidale *jaune* et l'apophyse horizontale *verte*.

Malgré cette apparence bizarre, il n'en est pas moins vrai que cet os, dont bien peu de nos étudiants arrivent à acquérir du premier coup une idée exacte, devient infiniment plus facile à « se représenter » et par suite à savoir, grâce à la précaution élémentaire que j'ai prise d'employer la même couleur pour la même partie de l'os sous quelque face que celui-ci soit vu. A ce schéma-là qui mérite à peine



ce nom, j'ajoute volontiers la figure vraiment théorique : tels ces trajets de la faciale et de la linguale qui, sans avoir la prétention de représenter réellement la nature, visent à faire comprendre à l'étudiant entre quels organes cheminent ces artères et dans quel sens se fait leur trajet. Enfin à ce schéma *figuré*, je veux aussi ajouter à l'occasion, le schéma *écrit*, tel que ce tableau des plexus ptérygoïdien et alvéolaire qui me paraît de nature à simplifier encore la compréhension de ces régions peu familières.

En ce qui concerne l'anatomie dentaire proprement dite, je ne puis vous présenter qu'un très modeste commencement d'exécution, puisque le nombre de ces planches ne représente que le tiers environ de ma collection actuelle. Cette situation est au premier abord assez paradoxale. Car alors qu'en anatomie buccale je ne puis être que le très pâle et très imparfait réflecteur des auteurs classiques, en anatomie dentaire, au contraire, je me sens sur un terrain plus familier, où il

m'est possible, sans excessive prétention, d'avoir une opinion propre et de tenir compte de mes observations ou de mes recherches personnelles. Mais tandis que j'avais pour la bouche trois collaborateurs, je n'en avais qu'un seul pour les dents, et c'est là une première et matérielle raison d'infériorité. Ensuite, alors précisément que pour la bouche je n'avais qu'à suivre les grands classiques, pour l'anatomie spéciale, il s'en fallait qu'on pût marcher ainsi les yeux fermés. Un travail préalable de sélection s'imposait et parfois même un travail de réforme ou de complément. En réalité, malgré cette infériorité momentanée, c'est cette partie de mon programme qui m'est la plus chère et dont j'attends en dernier lieu le meilleur et le plus intéressant résultat.

Mais sur ce point j'ai eu par contre la très vive satisfaction de trouver en mon collaborateur Georges Cramer un concours d'une perfection que je n'eusse pas osé espérer.

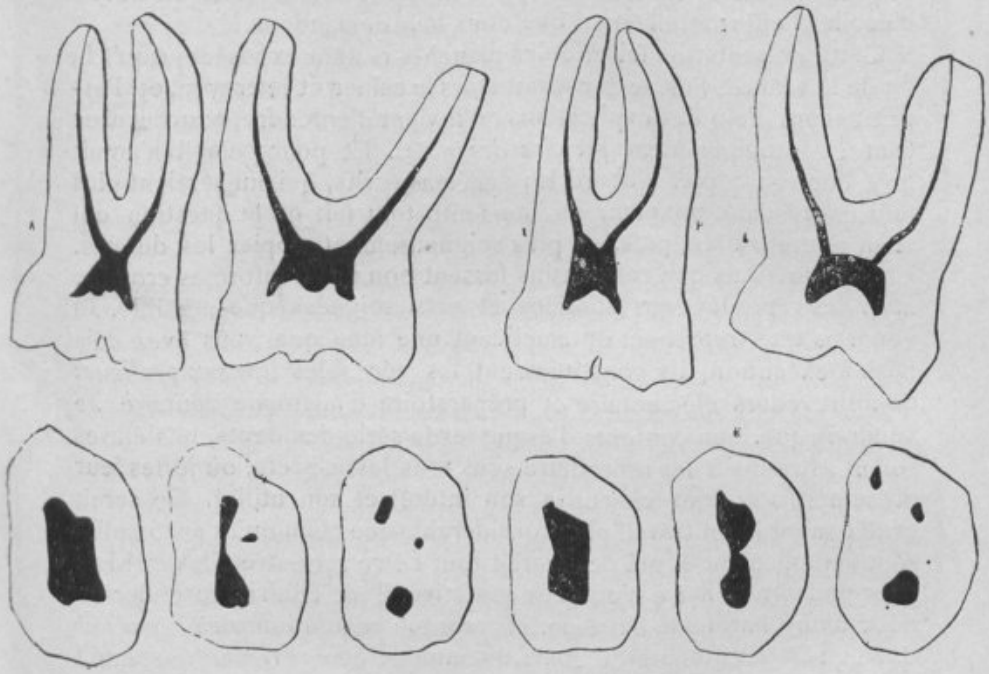
A une science remarquable du dessin il joint l'intelligence du but que je lui assigne et un désir très sincère de bien faire. Aussi ne mettrai-je aucune fausse modestie à vous déclarer que je considère les résultats que je vous présente comme très près de la perfection, du moins telle que je la conçois. Ces dessins sont ce que j'ai voulu qu'ils soient et je prends la responsabilité de leur conception. Pas d'ombres savantes, pas de reliefs impressionnants, rien qui vise à l'effet : rien qu'un simple trait, mais un trait impeccable qui rend merveilleusement ce qu'il y a à rendre et qui le rend *exactement*. Tout est là en effet, il ne s'agit pas de compliquer la description des dents humaines au point de la rendre incompréhensible, mais de la faire au contraire claire, exacte et rigoureuse. Après les minutieuses descriptions de Black, je pense qu'il est impossible de fouiller plus encore les détails, sans tomber dans le chaos. Point n'est besoin donc de multiplier les détails infimes, mais au contraire de savoir mettre au premier plan les choses essentielles et importantes. Or c'est ce que la photographie ne sait pas faire : tandis qu'elle met tout en même valeur, le dessin, tout en restant fidèle, permet à l'auteur de placer en relief tel point sur lequel il croit avoir des raisons d'insister. Et dans les planches que je vous présente, il est telles dispositions qui, tout en étant rigoureusement normales, ont été cependant rendues d'une façon qui exagère à dessein leurs particularités caractéristiques.

Pour ce début nous n'avons pas fait œuvre originale et ici encore nous avons pris notre bien où nous l'avons trouvé. Les figures que je vous montre sont, non pas la copie, mais la traduction, l'interprétation, dans le sens que j'ai tâché de vous faire apprécier, des si exactes figures de Black. Et en particulier pour l'anatomie interne de la chambre pulpaire et des canaux, j'apporte ainsi à nos étudiants des documents d'une exactitude rigoureuse, qu'ils seraient dans l'impossibilité absolue de rencontrer ailleurs.

Mais nous espérons faire mieux et, après avoir d'abord établi parfaitement les données élémentaires classiques, pouvoir donner à cet enseignement par l'image une direction plus personnelle.

Je viens précisément de prononcer là un mot qui m'amène tout naturellement, après vous avoir exposé le très modeste résultat que j'ai acquis jusqu'ici, à laisser entrevoir les beaucoup plus vastes projets où je voudrais atteindre.

L'appétit vient, dit-on, en mangeant et en effet à mesure même que



s'augmentait ma collection de planches, je sentais le désir, et bientôt le besoin de faire de ces planches non plus seulement l'*illustration* de mon enseignement, mais bien l'essence même de cet enseignement, de faire en un mot, comme je viens de le dire, l'*enseignement par l'image* de l'anatomie élémentaire.

Et voici comment je comprendrais désormais mon rôle : ce serait à proprement parler celui d'un présentateur, d'un montreur d'images. D'un côté j'aurais la collection absolument complète des figures représentant la région, ou les organes dont je traite ce jour-là, de telle façon que je n'aie de paroles à dire que ce qu'il en faut pour expliquer l'image, et de telle façon qu'il n'y ait plus une seule de mes paroles qui ne corresponde pour mon jeune auditoire à une image précise et matérialisée. Et d'un autre côté j'aurais des schémas, schémas

figurés et schémas *écrits* qui seraient le résumé et le squelette des notions élémentaires et précises dont la conférence du jour représente l'acquisition.

Et dans ces conditions, j'estime que j'aurais à parler un quart d'heure et une demi-heure, au plus : temps pendant lequel mon auditoire n'aurait qu'à regarder, à écouter, et par-dessus tout à chercher à *comprendre*, sans chercher encore à *apprendre*, sans chercher surtout à prendre ces *notes*, dont nos élèves ont une si inexacte notion, et pour lesquelles ils tendent si volontiers à transformer en devoir d'écolier l'effort intellectuel que nous leur demandons.

Cette présentation faite, et les planches restant exposées jusqu'à la fin de la séance, l'élève prendrait alors le cahier et le crayon, et, l'esprit encore plein des explications qu'il vient d'entendre, pourrait avec fruit et intelligemment *prendre des notes*. Et pour cela il n'aurait qu'à copier : copier d'abord les schémas écrits, qui lui seraient plus tard un résumé, un plan, un memento tout fait de la question qui vient d'être traitée, puis, et plus soigneusement, copier les dessins.

Et je voudrais que ces dessins fussent non pas d'informes croquis, mais des reproductions étudiées et aussi soignées que possible. Je voudrais que, reprenant et amplifiant une idée que vous avez déjà mise à exécution, ils constituassent les véritables *travaux pratiques* de notre cours élémentaire et préparatoire d'anatomie dentaire. Je voudrais que, non contents d'esquisser la série des dents, nos élèves soient astreints à les reproduire sous tous les aspects, où je les leur présenterais et dont chacun a son intérêt et son utilité. Ce serait évidemment là un travail plus considérable que celui qu'ils accomplissent actuellement et qui occuperait tout notre semestre d'hiver. Mais pour pouvoir mener à bien cette tentative, il me faudrait formuler un désir d'une hardiesse extrême, et presque révolutionnaire ; à savoir que ce soit au titulaire du cours d'anatomie que revienne le soin de diriger et de contrôler les dessins d'anatomie...

J'ai essayé de réaliser partiellement le programme que je viens d'exposer, et j'ai préparé une leçon « en tableaux ». C'est celle qui a trait à la carotide externe, que j'expose dans ses grandes lignes en m'arrêtant seulement sur celles de ses branches qui ont pour nous un intérêt plus direct : la faciale, la linguale, les temporales, la maxillaire interne. L'exécution de ce programme limité représente actuellement, tant en tableaux qu'en schémas, quatorze planches, dont deux d'une importance double ou triple des planches ordinaires. Pour les réaliser en temps utile, j'ai dû diviser la tâche entre MM. Bennejeant, Tubiana et Sentenac, qui y ont consacré les courts loisirs que leur laissent leurs études journalières.

Ce chiffre, pour une leçon qui est importante, mais qui n'est pas, à beaucoup près, des plus chargées de détails incompatibles, en tant

PLANCHE I.

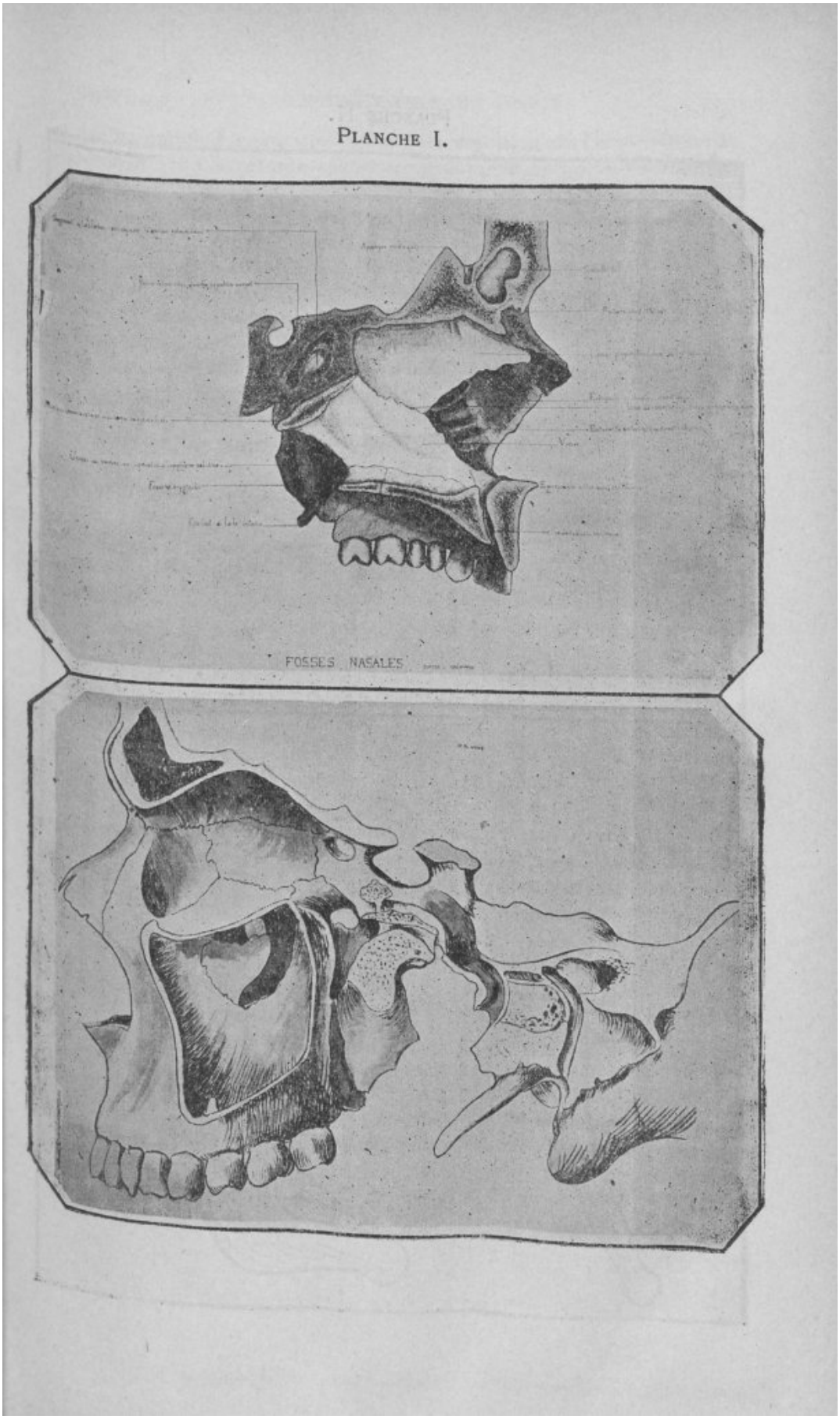
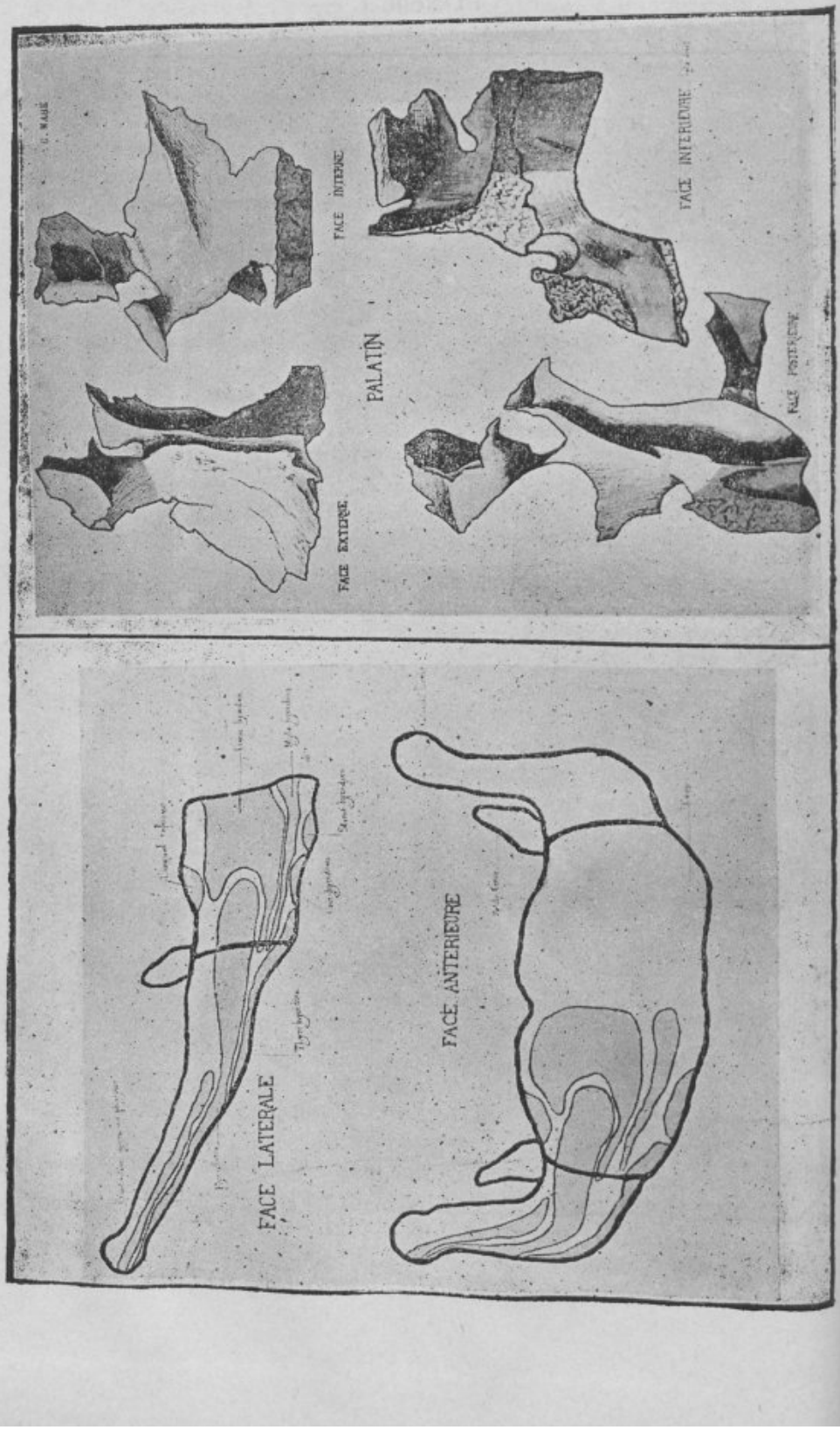


PLANCHE II.


FACE INTERNE
FACE EXTERNE
PALATIN
FACE INTERIEURE
FACE POSTERIEURE
FACE LATERALE
FACE ANTERIEURE

que figuration, les uns avec les autres, établit bien l'importance de l'œuvre qui me reste à accomplir avant que j'aie réalisé ainsi les trente leçons que je dois à nos élèves de première année. J'estime à cinq cents environ le nombre de planches strictement nécessaires pour tenter intégralement « l'enseignement par l'image »...

Si d'un autre côté vous voulez bien admettre qu'aux planches spéciales à chaque leçon s'ajouteront presque toujours des planches de leçons antérieures qu'il sera utile de rappeler souvent, vous concevrez facilement qu'il m'arrivera plus d'une fois d'être matériellement embarrassé pour les exposer *utilement* dans cette salle qui n'est pas combinée dans ce but, dont l'éclairage, en particulier est tel que les planches, comme le tableau d'ailleurs, sont placées exactement à contre jour, et dont la paroi qui fait face à l'amphithéâtre est constituée par des vitres, mauvaise matière où mettre des clous ! Déjà cet hiver une demi-douzaine de planches était pour moi un nombre difficile à placer et nous avons dû combiner des réseaux de ficelles pour pouvoir les accrocher. Or dans l'ordre d'idées dont je vous entretiens, il me paraît évident que pour obtenir le maximum de résultat une excellente organisation matérielle est indispensable. Sans doute, je ne vous demanderai pas de refondre pour moi le plan et la disposition de cette salle. Je me contente d'exprimer ici le désir qu'on cherche à y apporter, dans le but que je viens de vous exposer, les modifications de détail les plus nécessaires et qui seront d'ailleurs à étudier.

Et puisque ce long discours se termine, comme il convient, par des requêtes, il en est encore une que je formulerai, en ne vous cachant pas que je la considère comme parfaitement réalisable, encore qu'elle aussi soit sans doute empreinte d'une audace presque révolutionnaire.

Simple chargé d'un cours élémentaire, je vous demanderai non pas un, mais *deux* préparateurs : un pour l'anatomie dentaire, un pour l'anatomie buccale. Je suis convaincu que l'utilisation des matériaux que je possède déjà en serait grandement améliorée, en même temps que l'élaboration des matériaux futurs dont le besoin exact se fait précisément sentir au cours des conférences. Il me paraît en effet que ces préparateurs se recruteraient facilement, et justement, parmi mes collaborateurs bénévoles, qui trouveraient, je l'espère, dans ce poste, en même temps qu'une nouvelle charge, une compensation au travail qu'ils ont déjà fourni.

Je termine, monsieur le Directeur, en vous remerciant en leur nom et au mien de la bienveillante attention que vous avez bien voulu m'accorder.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 18 juillet 1905.

DU PROGNATHISME INFÉRIEUR

Par M. V. GALIPPE.

Dans une communication précédente, nous avons défini ce que nous entendions par prognathisme inférieur.

Cette malformation n'étant en aucune façon un caractère de race, nous la considérons comme un stigmate de dégénérescence.

Elle apparaît aussi bien chez les animaux à l'état de domesticité que chez l'homme. Comme chez ce dernier, elle est un indice de dégénérescence.

Le prognathisme inférieur est surtout fréquent chez les chiens et en particulier chez les dogues. Normalement, les dogues de Bordeaux et les mastiffs ne présentent point cette difformité apparaissant également chez d'autres races de chiens, lorsque ceux-ci sont en voie de dégénérescence, tels, par exemple, que les chiens du Mont Saint-Bernard.

D'une façon générale, on peut observer des cas de prognathisme inférieur dans toutes les races de chiens, mais c'est surtout chez le bull-dog que cette anomalie se montre au plus haut degré.

Depuis que par voie de sélection on a fixé ce caractère tératologique dans la race des dogues, la taille de ceux-ci a été en diminuant constamment. Le crâne est devenu globuleux, les os du nez, les prémaxillaires ont subi un arrêt de développement considérable. La mandibule s'est recourbée dans sa partie antérieure pour venir se mettre en contact avec les prémaxillaires.

En même temps, ces animaux présentent, à des degrés divers, une incurvation des membres, surtout des antérieurs.

Le système dentaire n'a plus sa formule normale et le nombre des dents va en diminuant.

On observe chez ces animaux de nombreuses anomalies surajoutées, affectant, soit la voûte palatine, soit la lèvre supérieure.

Les chiens ne sont pas les seuls animaux chez lesquels la domesticité exerce son action dégénérative. Le prognathisme inférieur se rencontre également chez certaines espèces de chèvres, de cochons, chez les bovidés (bœufs nâtos), chez le cheval, bien que rarement.

La vie à l'état sauvage ne met pas complètement les animaux à l'abri de ce stigmate de dégénérescence et on l'observe, moins fréquemment, il est vrai, chez quelques-uns d'entre eux.

Nous citerons le crocodile, le caïman, certaines espèces de poissons et, en particulier, la carpe et la morue. Le prognathisme inférieur a été rencontré chez l'orang-outang.

Ainsi que nous le signalions plus haut, le prognathisme inférieur s'accompagne fréquemment d'un raccourcissement et d'une torsion des membres, surtout des antérieurs.

Les homologies existant entre les mâchoires et les membres ont été démontrées depuis longtemps, au moins en pathologie comparée.

On n'est pas encore fixé sur les causes de ce raccourcissement et de cette incurvation des membres. On a invoqué le rachitisme intra-utérin et l'achondroplasie. Il résulte d'autre part des travaux de MM. Charrin et Le Play que les dissemblances existant dans le domaine du rachitisme et de l'achondroplasie, constituent des types distincts d'un unique processus, plutôt que des entités pathologiques séparées.

M. Babès, de son côté, a émis l'hypothèse qu'il existerait, à la base du crâne, une région renfermant un centre particulier, en rapport intime avec les quatre extrémités et dont le dérangement, à une époque embryonnaire primitive, déterminerait une transformation des quatre membres dans le sens d'un excès, d'un défaut, ou d'une modification pouvant leur donner certains caractères d'une autre race ou espèce.

Nous verrons dans la suite que cette hypothèse doit être prise en sérieuse considération.

Le prognathisme inférieur n'a pas, à notre connaissance, été l'objet chez l'homme, d'une étude systématique.

Il faudrait bien se garder de confondre le prognathisme inférieur ou mandibulaire, phénomène tératologique, avec le prognathisme normal, ou prognathisme de race, étudié par les anatomistes et les anthropologistes, qui a une signification tout à fait différente et sur lequel je n'ai pas besoin d'insister ici.

Si nous pouvons suivre le mécanisme du prognathisme inférieur, nous sommes dans l'ignorance la plus profonde des causes primitives qui préparent ou déterminent l'apparition de cette anomalie.

Tout ce que nous savons actuellement, c'est que le prognathisme inférieur se produit surtout sous l'influence d'un rétrécissement de la base du crâne et d'une atrésie plus ou moins considérable de la voûte palatine, donnant à l'arcade dentaire supérieure une forme ogivale plus ou moins prononcée. Si cette ogivalité est assez considérable pour que la courbe parabolique décrite par le maxillaire supérieur, puisse s'inscrire dans celle formée par le maxillaire inférieur, — ce dernier, ou étant normal ou étant plus développé dans toutes ses dimensions — les rapports des dents et des maxillaires seront profondément modifiés, le maxillaire supérieur se trouvera en rétroversion, par rapport à l'inférieur, c'est-à-dire qu'il y aura prognathisme mandibulaire, ou prognathisme inférieur.

Ce prognathisme mandibulaire se montrera d'autant plus accusé que la différence entre le diamètre transversal des deux maxillaires sera plus considérable.

Ainsi que nous le disions plus haut, le prognathisme inférieur n'a pas jusqu'ici retenu l'attention des anatomistes, aussi n'avons-nous point trouvé de crânes de prognathes inférieurs dans les diverses collections auxquelles nous nous sommes adressé.

Pour remédier à cette pénurie de documents, nous avons dû recourir

à l'étude de pièces anatomiques provenant de malades, présentant au plus haut degré la malformation étudiée par nous, c'est-à-dire d'acromégaliques.

L'acromégalie a été magistralement décrite et étudiée par le Dr Marie, et tout récemment MM. P.-E. Launois et P. Roy ont publié sur cette intéressante maladie, une monographie des plus complètes et des plus intéressantes.

C'est dans cet ouvrage que nous avons puisé tous les documents nécessaires à notre travail.

Tout d'abord, nous nous défendons de vouloir faire une généralisation prématurée. Comparer n'est pas assimiler !

A côté de nombreux éléments de différenciation existant entre les dégénérés que nous étudions et les géants, les acromégaliques, tel par exemple que la croissance continue non observée, que nous sachions, chez les premiers, il y a au moins entre eux des points de contact multiples. Comme on pourra s'en rendre compte par les exemples fournis par nous à l'appui du rapprochement que nous tentons, l'hypothèse d'une communauté d'origine entre les prognathes inférieurs et les acromégaliques méritait d'être étudiée, les uns et les autres ayant présenté des troubles plus ou moins profonds de développement à des périodes différentes de leur évolution.

En admettant, comme démontrées, les causes provocatrices invoquées actuellement du gigantisme et de l'acromégalie que l'on tend à identifier, il n'est pas absurde de supposer qu'à côté de ces formes, pour ainsi dire parfaites, de l'acromégalie, il en existe d'autres, incomplètes, ébauchées en quelque sorte, dérivant de troubles moins profonds du système nerveux ou des organes dont le bon fonctionnement semble être en rapport étroit avec le développement de l'individu.

On est d'accord aujourd'hui pour reconnaître que les anomalies ou les difformités, soit de l'idiotie myxœdémateuse, soit de l'acromégalie, résultent de l'insuffisance fonctionnelle de certaines glandes à sécrétion interne (thyroïde, thymus, hypophyse, glandes génitales), préposées par l'intermédiaire du système nerveux, à la régularisation harmonique des diverses parties du corps au cours du développement.

Mais, dirons-nous avec Brissaud, comme il n'est pas de limite entre l'état normal et l'état morbide, comme les frontières de la maladie sont toujours indécises, il nous a semblé que ces nouveaux types pathologiques, idiotie myxœdémateuse et acromégalie, ne représentaient que les degrés extrêmes d'états morbides entre lesquels il y avait encore place pour des formes intermédiaires, également pathologiques, quoique moins brutalement tranchées.

Comme suite à ces considérations montrant combien entre les cas extrêmes peuvent se produire des formes intermédiaires, nous ajouterons que, si l'on étudiait une à une toutes les manifestations du gigantisme, on serait surpris de les retrouver dans des cas n'ayant rien de commun, au moins en apparence, avec cette maladie. Il y a donc des causes déterminantes d'ordre général, agissant, soit simultanément, soit successivement, et provoquant des effets localisés ou généralisés.

A côté de cette exagération de croissance, de cet excès de fonction

ostéogénique constituant le gigantisme, il y a place pour des anomalies de croissance localisées, parmi lesquelles on peut ranger l'accroissement exagéré du maxillaire inférieur observé chez certains individus, et en particulier dans les familles que nous avons étudiées.

Le prognathisme inférieur n'est pas le seul point de ressemblance que l'on puisse établir entre nos dégénérés et les acromégaliques. On observe presque constamment chez ces derniers un développement considérable des lèvres et surtout de l'inférieure.

Il suffira de se reporter à la nombreuse série de portraits que nous donnons dans notre ouvrage pour voir que tous, ou presque tous, offrent cette particularité.

La langue présente elle-même chez les agromégaliques, un développement souvent anormal (macroglossie) rendant la prononciation très vicieuse. Louis XIII avait la langue si grosse, que lorsqu'elle était sortie de la bouche, il ne pouvait la rentrer qu'à l'aide des doigts. Il est probable que Charles-Quint avait également un certain degré de macroglossie.

Nous avons eu l'occasion, au cours de nos recherches, de constater les homologies existant entre le développement du maxillaire inférieur et celui du nez. Il suffira de rappeler le parti que les physiognomonistes ont tiré de l'aspect de la physionomie, chez les personnes présentant un arrêt de développement du maxillaire inférieur et un développement considérable du nez, les comparant au profil de divers animaux et plus particulièrement de certains oiseaux. J.-B. Porta, dans son livre sur la physionomie humaine, rapproche les individus atteints de cette anomalie du lévrier. On a noté également, chez les acromégaliques, un développement exagéré du nez, portant aussi bien sur les os propres que sur les parties molles et sur les cartilages qui sont hypertrophiés.

Chez les acromégaliques on observe souvent une atrophie des organes génitaux. De notre côté, nous avons signalé plus d'une fois de semblables anomalies chez les personnages que nous avons étudiés. Si quelques-uns étaient, par ce fait, complètement impuissants, beaucoup se sont montrés stériles. Les acromégaliques sont généralement fort peu intelligents. Dans les familles qui ont servi de base à nos recherches, nous avons fréquemment rencontré des individus mal doués au point de vue intellectuel et se tenant sur les confins de l'idiotie. Bien entendu, nous ne parlons pas des aliénés si nombreux signalés dans les familles souveraines.

L'exorbitisme a été rarement constaté chez les acromégaliques il est au contraire assez fréquent chez les prognathes inférieurs. Les premiers comme les seconds montrent des anomalies du pavillon de l'oreille et en particulier de l'hypertrophie.

C'est surtout la forme du maxillaire inférieur qui, aussi bien chez les acromégaliques que chez les prognathes inférieurs, confère à la physionomie un caractère tout à fait spécial et qui ne saurait tromper un œil averti.

Chez les acromégaliques, l'accroissement du maxillaire inférieur semble se faire surtout dans la région horizontale, de sorte qu'il se forme un bourrelet osseux mentonnier. La hauteur du maxillaire infé-

rieur augmente proportionnellement. Il y a une véritable hypertrophie de cet os.

Pour ce qui regarde les prognathes inférieurs que nous appellerons accidentels, c'est-à-dire chez lesquels l'hérédité de cette anomalie n'est point fixée depuis longtemps, la difformité n'apparaît guère qu'avec la seconde dentition, s'accuse plus ou moins et reste stationnaire. Au contraire, chez les individus qui ont reçu cette anomalie de leurs ancêtres par hérédité homotypique, le prognathisme inférieur est en quelque sorte congénital, ou tout ou moins se montre de très bonne heure s'accentuant avec l'âge, ce qui permet de croire que dans ce cas le maxillaire inférieur a continué de s'accroître pendant un certain temps, indépendamment des autres os du squelette.

Chez les prognathes inférieurs, l'angle formé par la branche montante du maxillaire inférieur et la portion horizontale de cet os a une tendance à s'ouvrir, c'est-à-dire à devenir obtus. Chez les acromégaliques, cet angle a une propension marquée à disparaître complètement et les deux parties du maxillaire inférieur forment une courbe presque parfaite.

Ce qui frappe encore dans l'examen des crânes acromégaliques c'est leur étroitesse et leur développement dans le sens vertical, la voûte palatine est généralement profonde et affecte la forme ogivale ou triangulaire. Ce sont là, comme nous l'avons dit dans notre récente communication à l'Académie, des conditions très favorables à la production du prognathisme inférieur, conditions qui constituent en quelque sorte la caractéristique physionomique des Habsbourg.

Les végétations adénoïdes ont été quelquefois signalées chez les acromégaliques ; très fréquentes chez les prognathes inférieurs, elles constituent, à notre avis, une anomalie surajoutée. Ce type adénoïdien se répète à des intervalles variables, dans toutes les familles souveraines avec des caractères tellement comparables que les portraits, question de costume à part, sont pour ainsi dire superposables [1].

Nous sommes dans une ignorance si profonde des causes primordiales régissant le mode de production et le mécanisme intime des anomalies, en particulier du prognathisme inférieur, que nous avons pensé faire œuvre utile en établissant les points de contact existant entre les acromégaliques et les prognathes inférieurs.

Les premiers, au point de vue de la dégénérescence, occupent le sommet de l'échelle et sont très différents des sujets que nous avons étudiés. Sans vouloir faire d'assimilation, nous avons cru qu'il serait intéressant de montrer qu'avec un coefficient d'atténuation considérable, on rencontrait chez nos dégénérés bon nombre de particularités signalées chez les acromégaliques, en admettant même que chez les uns et chez les autres les causes de la dégénérescence soient différentes. C'est ouvrir, par rapprochement et par comparaison, de nouvelles voies aux recherches qui ne manqueront pas de se produire dans l'avenir.

---

1. Philippe-le-Beau avait le faciès adénoïdien. Ses deux fils Charles-Quint et Ferdinand, qui se ressemblaient beaucoup, possédaient ce même caractère.
Le fils de Charles-Quint, Philippe II, avait également la bouche béante.

RÉUNIONS ET CONGRÈS

CONGRÈS DENTAIRE DE ZURICH

Par M. THIOLY-REGARD D. E. D. P., D. F. M. P.

(Suite et fin[1]*.)*

Vers 12 h. 1/2, les congressistes s'embarquaient à bord d'un vapeur; après un trajet d'une heure sur le coquet lac de Zurich, ils étaient rendus à Wädensweil, jolie petite ville au bord du lac. Le tenancier de l'Hôtel de l'Ange a bientôt donné le signal de servir le banquet officiel. Au dessert, selon la tradition, le toast à la Patrie est porté par le président M. le Dr P. Guye.

De retour à Zurich, la plupart des sociétaires se retrouvèrent le soir à la Tonhalle.

La séance du lundi matin devait être ouverte à 8 heures, mais ce n'est qu'à 8 h. 1/2 que le vice-président M. le Dr T. Frick, de Zurich, faisant fonction de président, donne la parole à M. le Dr J. Machwürth, de Zurich, qui expose le mode d'emploi de la paraffine dans l'obturation des canaux radiculaires.

Il fait d'abord observer que depuis quelques années la paraffine a été utilisée avec succès en injections sous-cutanées pour remédier à certains défauts d'esthétique, et corriger des imperfections physiques du nez, des seins, du creux claviculaire supérieur, etc.

La paraffine s'est fort bien comportée pour restaurer des fissures palatines, des cicatrices de fistules dentaires et des dépressions gingivales dues à la résorption alvéolaire après des extractions dentaires.

La paraffine a été également préconisée comme moyen d'obturation des canaux radiculaires, elle peut rendre beaucoup de services, surtout chez les jeunes gens, pour obturer les racines dont l'apex n'est pas encore fermé.

M. Machwürth présente un appareil à injection, établi selon les données de M. Noah, médecin-dentiste à Nuremberg, composé d'une chaudière minuscule en cuivre nickelé, à fermeture supérieure, chauffée par une petite lampe à alcool et pouvant contenir un demi-verre d'eau; la vapeur, qui s'échappe par une petite tubulure, chauffe une seringue Pravaz (à canule-aiguille) dans laquelle on a eu soin d'introduire de la naoline, sorte de paraffine molle additionnée de substances antiseptiques, qui, devenue liquide sous l'action de la vapeur chaude, est injectée dans les racines. L'inventeur de cet appareil prétend que les

1. V. *L'Odontologie* du 15 juillet, p. 36.

périostites et les pulpites sont guéries, sans traitement antiseptique préliminaire, par une seule injection.

M. Machwürth a simplifié l'appareil, il utilise tout simplement un petit récipient contenant de l'eau dans lequel on immerge une seringue Pravaz et un petit tube en verre contenant de la paraffine rectifiée ; une lampe à alcool chauffe l'eau à 70 degrés ; à l'aide de la seringue chaude la paraffine liquéfiée est injectée dans la racine, celle-ci ayant été minutieusement désinfectée.

M. A. Thioly-Regard, de Genève, fait part de trois observations de tuberculose d'origine dentaire, et attire l'attention sur les suites post-opératoires qu'il serait prudent de surveiller chez les prédestinés aux attaques du bacille de Koch. Il soumet plusieurs figures d'affections buccales, une entre autres dessinée, d'après une excellente préparation microscopique gracieusement mise à sa disposition par M. J. Choquet, de Paris, dans laquelle les bâtonnets de la tuberculose sont des mieux marqués.

M. le Dr L. C. Bryan, de Bâle, a pris pour thème de sa communication : les travaux à pont ; un sujet auquel il s'est intéressé de tout temps, qui lui a permis de mettre en évidence son habileté et les ressources de son talent technique.

Il compare d'abord les différents systèmes de bridges, qui ont déjà été exécutés, et leurs avantages ; il préfère les ponts fixes, car, avec les bridges amovibles, les patients n'ont pas le sentiment que les dents artificielles sont aussi solidement implantées que les naturelles ; de plus ces derniers n'offrent pas une somme de résistance aussi grande aux efforts de la mastication. Puis, au moyen de nombreuses planches et d'un choix considérable de modèles et de reproductions, montrant les différentes phases du travail, avant la préparation de la bouche, au moment de prendre l'empreinte et l'appareil posé, il décrit les principaux moyens d'exécution qui peuvent se présenter.

Depuis plusieurs années, dans le but d'augmenter la force de résistance, le Dr Bryan relie les bridges des côtés opposés gauche et droit du même maxillaire supérieur ou inférieur avec une barre transversale de renforcement large de 2 à 4 m/m, placée vers la partie moyenne de la voûte palatine pour le haut ; légèrement plus bas que le collet des dents pour le bas. Cette barre est obtenue en soudant une bande d'or sur une bande de platine, la surface de platine étant appliquée sur la muqueuse.

Il présente encore trois sortes de pinces spécialement construites pour couper et enlever les couronnes d'or de maintien, lorsqu'il s'agit de retirer le bridge de la bouche.

M. le Dr Müller, de Wädensweil, recommande son procédé économique pour la confection des couronnes fondues en métal fusible ; il a soin d'indiquer qu'elles ne peuvent être comparées aux couronnes d'or, mais elles rendent sûrement des services à certains patients peu aisés.

L'anneau-bague peut être façonné en columbia-métal, en victoria ou en or, il doit avoir les deux tiers de la hauteur totale. Dans le but d'éviter que l'anneau ne glisse trop bas sous la gencive et pour assurer l'exacti-

tude de l'articulation, une petite bague soudée à l'intérieur de l'anneau s'applique sur le pourtour des bords de la racine. Vers la partie triturante, deux tiges minces, traversant en forme de croix et soudées à l'anneau, serviront à retenir le métal coulé. La bague mise en place sur la racine, avec les dents antagonistes on fera mordre sur de la cire dure ou du stents pour obtenir l'articulation, qui sera montée sur un petit articulateur; puis la face triturante étant modelée, la couronne ainsi formée sera mise en plâtre; enfin après l'enlèvement de la cire, le métal fusible sera coulé.

De nombreuses projections sur l'écran permettent non seulement de suivre dans ses détails l'explication de ce procédé, mais encore de passer en revue plusieurs combinaisons, par exemple: des facettes avec dents en porcelaine simplement maintenues par les crampons dans le métal fusible; lorsque l'articulation est très basse, au lieu de métal coulé, l'amalgame peut suffire.

M. le Dr E. Grosheintz, de Bâle, divulgue quelques trucs pratiques concernant plus spécialement la prothèse. S'il n'est pas possible de rendre compte de tous les détails donnés, quelques descriptions méritent cependant d'être retenues.

Pour confectionner les barres transversales de renforcement pour les pièces à pont ou pour relier les deux côtés opposés d'une pièce de prothèse en caoutchouc sans palais, l'estampage est évité en prenant un morceau de feuille épaisse d'or à aurifier de la largeur de deux à trois millimètres que l'on comprime avec les doigts sur le modèle en plâtre; sur cette bande on ajuste avec les pinces un fil demi-jonc de grosseur suffisante que l'on soude; la soudure d'or renfonce et nivelle les aspérités.

A propos de travaux à pont, il ne considère pas les couronnes fenêtrées comme un moyen de rétention bien recommandable, il préfère, pour maintenir un bridge, dévitaliser une canine par exemple et fixer un pivot dans la racine, le pivot étant soudé à une demi-couronne façonnée sur la face postérieure de la dent.

Pour remplacer une dent à pivot, quand la dent est fracturée et que le pivot est fortement scellé, au lieu de chercher à forer celui-ci, ce qui est long, fatigant et chanceux, car il n'est pas toujours facile d'éviter les faux trajets, il conseille de trépaner autour du pivot à une profondeur relative et de l'enserrer par un tube épais qui sera soudé à la nouvelle dent et le tout sera réuni au ciment. A ce sujet, pour faciliter le forage d'un pivot rompu, il rappelle l'emploi du tube au lieu du pivot plein, le vide au centre du tube presque imperceptible est suffisant pour guider le foret, et la résistance à l'effort est tout aussi grande.

Le Comité avait choisi comme sujet de discussion: « les nouveaux ciments au silicate »; le rapporteur désigné, M. le Dr A. Gysi, de Zurich, après avoir donné la composition de ces ciments et leurs différentes propriétés, expose le résultat de ses essais en obturations dans les caries dentaires; sa conclusion n'est pas très favorable; ces nouveaux ciments sont peu durs, ne peuvent être utilisés pour les angles et les reconstructions, leur prise est plutôt lente, ils n'adhèrent pas, la cou-

leur s'altère sous l'influence de certaines salives et au bout de peu de temps la transparence se perd.

Une discussion interminable s'engage à propos de cette critique et, sans vouloir affirmer que le problème soit résolu, il ressort cependant du débat que ces ciments au silicate ne peuvent être regardés comme des produits très supérieurs. Quant à la question de savoir s'ils contiennent des traces d'arsenic comme il a été prétendu, les avis ne sont pas identiques, il paraîtrait que si des analyses chimiques en ont révélé, d'autres chimistes n'en auraient pas trouvé.

M. le Dr P. Guye, qui le jour précédent avait parlé avec avantage des couronnes et des travaux à pont en platine, ayant pu organiser une installation avec chalumeau oxhydrique, pratique la confection et le soudage, avec la soudure de platine, de plusieurs anneaux, couronnes et bridges.

A une heure le banquet d'adieu est excellemment servi à l'Hôtel Bellevue ; M. le Dr Frick annonce que M. Viau, de Paris, a fait don à la Société Odontologique Suisse du portrait de Fauchard, il profite de cette occasion pour faire (en allemand) un résumé du travail du donateur sur cet habile praticien du commencement du XVIIIe siècle, qui fut un écrivain méthodique, s'intéressant à son art et qui peut enfin être considéré comme l'initiateur d'une ère nouvelle dans l'histoire de l'odontologie. D'autres discours prononcés par MM. les Drs Billeter, Boitel et Witzig viennent encore faire vibrer les sentiments de bonne confraternité dont sont animés les médecins-dentistes suisses.

CONGRÈS DE CHERBOURG

Communications et démonstrations nouvelles.

Nous recevons la liste suivante de communications et de démonstrations à ajouter à celle que nous avons publiée dans notre dernier numéro, p. 42.

Dr Béal (de Lille). — Désinfection de la dentine.

Chateau (de Grenoble). — 1° Les charlatans anciens et modernes ;
2° Les préjugés anciens et modernes sur les dents.

Hugot. — Présentation d'une boîte à déchets de coton.

Loup. — 1° Présentation d'un appareil pour fraises flexibles et d'un appareil à pivots parallèles ;
2° Ligne d'implantation des dents artificielles.

Dr Pont (de Lyon, — 1° Importance de la cure radicale des épulis ;
2° Présentation d'une lampe électrique pour l'examen de la bouche et des sinus.

Prière d'adresser avant le Congrès, au plus tard le 30 juillet, à M. Frey, 99, boulevard Haussmann, un court résumé des travaux qui doivent être lus, pour les communications à la presse.

BIBLIOGRAPHIE

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.*

SUR L'ANESTHÉSIE EN CHIRURGIE DENTAIRE, *Ch. J. Fleischmann.* (Broch. 33 pages chez Georg, Lyon, 1905.)

Sous ce titre, M. Fleischmann publie « quelques réflexions sur les mérites comparatifs de l'analgésie et des anesthésiques de courte durée, appliqués à la chirurgie dentaire ». Ce n'est pas aux lecteurs de *L'Odontologie* qu'il est nécessaire de rappeler à quelles brillantes controverses a donné lieu cette question. Peut-être l'éclat même de l'argumentation, émise de part et d'autre, a-t-il contribué à laisser indécis la grande majorité des praticiens ; il restait à résumer le débat, à en exposer avec impartialité les grandes lignes. C'est à quoi s'est employé M. Fleischmann ; sans prétendre faire œuvre originale, il a voulu simplement donner au dentiste toute facilité de se faire une opinion définitive sur la question de l'anesthésie en chirurgie dentaire.

L'auteur étudie successivement les divers procédés d'analgésie couramment employés. Il passe en revue la cocaïne, le chlorure d'éthyle. Les anesthésiques généraux de courte durée le retiennent davantage, surtout le somnoforme dont il semble affectionner l'emploi.

On trouvera dans la brochure de M. Fleischmann des aperçus pleins d'intérêt et des conseils judicieux, fruit d'une expérience déjà longue.

Peut-être pourrions-nous reprocher à l'auteur, malgré son constant souci d'impartialité, d'avoir fait la part trop belle à l'anesthésie générale, en n'en signalant pas suffisamment les inconvénients, qui sont réels et nombreux.

Peut-être aussi, sans lui faire grief d'avoir rappelé le passé orageux de la cocaïne — contemporain de la période de tâtonnements — peut-on craindre qu'il n'ait, involontairement sans doute, créé autour de cet alcaloïde une atmosphère de défaveur. Cela nous fait regretter davantage qu'il n'ait pas cru devoir étudier la stovaïne, devant laquelle s'effondrent toute une classe d'objections à l'anesthésie locale : celles qui sont tirées de la toxicité de la cocaïne.

Malgré ces quelques critiques d'ordre général, nous croyons qu'on

lira avec fruit la brochure de M. Fleischmann, qui expose d'une manière claire et concise l'état actuel de la question de l'anesthésie en chirurgie dentaire.

H. D.

CONSIDÉRATIONS SUR LE TRAITEMENT DES SUPPURATIONS CHRONIQUES DU SINUS MAXILLAIRE (THÈSE DU Dr DE NÉVREZÉ).

Cette thèse a pour point de départ l'étude de soixante observations de malades du service de M. Sebileau, tous opérés et tous guéris.

Dans un aperçu général, le Dr de Névrezé signale la fréquence des sinusites maxillo-nasales par rapport aux sinusites maxillo-dentaires, les premières atteignant leur maximum entre 3 et 5 ans, les deuxièmes entre 20 et 30 ans.

Un des chapitres les plus intéressants de cette thèse c'est un essai de physiologie pathologique générale sur l'état biologique du sinus et ses modifications suivant qu'il communique avec le nez ou avec la bouche. Du jour où le sinus communique largement avec la bouche, il emprunte à celle-ci son équilibre biologique et s'y adapte rapidement ; or on connaît l'extraordinaire rapidité de restauration de toutes les plaies buccales ; aussi la plaie opératoire bucco-sinusale en profite-t-elle dans une large mesure.

Au contraire, on n'ignore pas la fréquence des infections secondaires (bronchite, otite, mastoïdite, méningite, etc.) dues à l'insuffisance de la défense nasale ; c'est cette insuffisance qui explique la longueur du traitement antiseptique humide que doivent subir les malades opérés par la méthode endo-nasale.

De ces considérations sur la *supériorité de l'élément défensif du milieu buccal sur le milieu nasal*, de Névrezé tire la conclusion qu'il *faut opérer de préférence par la méthode bucco-sinusale*, mais bien entendu quand la bouche a été mise dans les meilleures conditions d'équilibre biologique par un parfait état de propreté.

Notre jeune confrère établit ensuite dans tous ses détails la technique de *l'opération de Sebileau.*

1°) Section de la muqueuse du cul-de-sac vestibulaire supérieur ;

2°) Décollement à la rugine de tous les tissus mous de la fosse canine;

3°) Ouverture à la gouge et au maillet de la paroi antérieure du sinus;

4°) Curetage très soigné de toute la cavité du sinus jusqu'à ce que les parois apparaissent partout, à l'éclairage électrique, bien nettes et bien blanches ;

5°) Abrasion du rempart alvéolaire externe pour former un plan incliné qui se continue avec la déclivité du plancher du sinus.

L'opération de Sebileau diffère de celle de Desault par un acte opératoire beaucoup moins économique et par des lavages post-opératoires au lieu des tamponnements. Ces derniers, faits pour arriver à la disparition du sinus par bourgeonnement, aboutissent généralement à la persistance de la communication bucco-sinusienne.

Les sinus opérés par Sebileau, *dans les trois-quarts des cas*, ont guéri en fermant complètement leur communication avec la cavité buccale ; *dans un quart environ*, en conservant une ouverture d'autant plus étroite que la date de l'opération est plus éloignée, avec persistance de l'orifice normal naso-maxillaire.

Dans quelques cas plus rares (kystes paradentaires marsupialisés dans la bouche) l'orifice naso-maxillaire s'est fermé, mais la communication bucco-sinusale a persisté plus ou moins étroite. Pour de Névrezé, cette persistance de la communication bucco-sinusale n'est jamais une fistule, c'est-à-dire un état pathologique, car dans toute cavité tapissée d'une muqueuse il doit exister *toujours* un orifice de ventilation ou « d'aération » qui empêche les saprophytes de devenir pathogènes en vase clos, et qui permet au produit des glandes muqueuses de s'évaporer.

En somme voilà un travail intéressant et clair, ingénieux dans l'interprétation de certains faits et dont nous recommandons la lecture à nos confrères avant la discussion qui doit en être faite à Cherbourg.

FREY.

HISTOIRE ÉCONOMIQUE DE L'IMPRIMERIE, *par Paul Mellottée.*

Bien des livres ont été écrits sur l'imprimerie, aucun n'en présente l'histoire économique générale. L'ouvrage que M. Paul Mellottée, docteur ès-sciences politiques et économiques, présente aujourd'hui vient combler heureusement cette lacune.

Fils de l'imprimeur de *L'Odontologie*, nourri de fortes études économiques à l'Université de Paris, M. Paul Mellottée était tout désigné pour mener à bonne fin cette œuvre d'une conception toute nouvelle.

Après avoir montré la lumière éclatante qu'apporta l'invention de Gutenberg dans le domaine de la science et des lettres et les transformations sociales qu'elle introduisit dans la civilisation, l'auteur aborde les rapports des imprimeurs et du pouvoir royal.

Puis il passe à la forme corporative de l'imprimerie et dévoile l'œuvre de ses confréries et de ses communautés. Tour à tour, les apprentis, les alloués, les compagnons, les maîtres renaissent sous sa plume, c'est toute une époque de notre histoire qu'il fait revivre.

Enfin, il se consacre à l'étude de l'organisation du travail.

La durée de la journée de travail, les chômages, le travail de nuit, les salaires, les grèves et coalitions, les productions de l'imprimerie et leurs prix, matières économiques par excellence, y sont étudiés avec précision et impartialité. Les ateliers et les presses, les caractères n'y sont pas seulement restaurés par d'heureuses descriptions, mais aussi par des reproductions d'après des estampes de l'époque empruntées à nos collections nationales.

Pénétrer dans les établissements typographiques, étudier le mécanisme de la production, la répartition des tâches et des profits, faire l'inventaire des machines, des caractères, se mêler aux détails de l'existence des maîtres et des ouvriers, étudier leurs rapports entre eux, leurs mœurs, leurs habitudes, leurs tendances et leurs espoirs ; bref entreprendre une enquête minutieuse comme on en fait de nos jours, tel a été le but de l'auteur; tous ceux qui le liront verront qu'il n'a point failli à ses engagements.

Le tome I de cette publication *L'imprimerie sous l'ancien Régime* (1439-1789) a seul paru ; il compte 532 p. in-8° et est édité par la maison Hachette.

Primo trattato italiano di odontotecnica.

Le Dr Charles Platschick, professeur libre d'odontologie à l'Université de Pavie, est l'auteur du *premier traité italien d'odontotechnique*. Cet ouvrage, qui se publie en fascicules, est divisé en trente-deux chapitres, embrassant toutes les parties de la mécanique et de la prothèse dentaire. Il est illustré de 400 figures et de tables avec une encyclopédie.

Livres reçus.

Nous avons reçu de notre collaborateur de Vienne, le Dr Weiser, le texte de la communication qu'il a faite le 7 décembre 1903, à l'occasion de la 1re assemblée annuelle de la Société centrale des Stomatologistes autrichiens. Cette communication, intitulée *Extraction dentaire atypique, fractures dentaires et mesures qu'elles comportent,* était accompagnée de démonstrations sur le cadavre. 22 figures illustrent cette publication.

M. Weiser nous a adressé aussi une autre brochure reproduisant sa communication au Congrès de Saint-Louis, qui a pour titre *Le pouvoir de la dentisterie moderne, indiqué dans quelques cas pratiques,* accompagnée de 27 figures.

*
* *

Nous avons reçu le rapport de la policlinique dentaire de l'Université de Kiel (année 1904), par le Dr Hentze.

*
* *

Nous avons reçu également du Dr Zsigmondy, de Vienne, deux brochures accompagnées de planches, intitulées l'une : « Division et nomenclature des articulations », l'autre : « Origine des fissures dans le revêtement d'émail qui tapisse les sillons des faces triturantes des prémolaires et des molaires », publiée par *L'Odontologie* en 1903, p. 463.

*
* *

Nous avons reçu enfin l'allocution prononcée le 8 avril 1905 par le Dr Cl. Martin à l'assemblée générale des dentistes du Rhône et de la région.

*
* *

Les divers articles publiés dans ce journal, sous le titre *L'ABC des couronnes et des bridges* ont été réunis en une brochure, dont nous venons de recevoir un exemplaire.

Chronique professionnelle

EXTENSION DU PROGRAMME DES EXAMENS DENTAIRES EN SUISSE

Ainsi qu'on a pu le voir dans le compte rendu du Congrès dentaire de Zurich, *publié dans notre numéro du 15 juillet, p. 36, la Société Odontologique Suisse a présenté un projet de modification des examens de médecin-dentiste. Nous croyons intéressant d'indiquer les grandes lignes de ce projet.*

D'après le *règlement des examens fédéraux* du 11 septembre 1899, en vigueur actuellement, l'examen que doivent subir les chirurgiens-dentistes se divise en trois parties principales :

1° L'examen de sciences naturelles ;

2° L'examen d'anatomie et de physiologie ;

3° L'examen professionnel.

Le premier a lieu suivant les dispositions établies pour les médecins ; le second diffère, au contraire, de celui que subissent les médecins. En effet, pour le subir, *les candidats au diplôme de médecin* doivent avoir :

A) Fait deux semestre de dissection,

B) Suivi un cours d'histologie microscopique,

C) Pris part à des exercices pratiques dans le laboratoire de physiologie.

De plus, cet examen se divise en deux parties : une pratique avec travail écrit, une orale.

La partie pratique comprend :

I. L'exécution en quatre heures et la démonstration d'une préparation anatomique et des réponses sur les questions d'anatomie qui lui seront posées.

II. L'exécution et la démonstration de préparations histologiques.

III. La rédaction, à huis clos, d'un mémoire sur un sujet de physiologie ou sur une expérience de physiologie faite par le candidat.

La partie orale comprend :

IV. Anatomie.

V. Histologie et embryologie.

VI. Physiologie.

Pour subir le deuxième examen, *les candidats au diplôme de chirurgien-dentiste* doivent avoir suivi les cours pratiques suivants :

A. Dissection des muscles, des vaisseaux et des nerfs de la tête et du cou ;

B. Travaux pratiques de microscopie.

De plus, ce deuxième examen est *oral* et porte sur :

I. L'histologie.
II. L'anatomie.
III. La physiologie.
} en tenant tout particulièrement compte de l'art dentaire.

L'examen professionnel est subordonné aux conditions suivantes :

1° Le candidat doit avoir subi avec succès l'examen d'anatomie et de physiologie pour médecins ou pour dentistes ;

2° Il doit avoir suivi des cours théoriques.

A. De pathologie générale et d'anatomie pathologique ;

B. De chirurgie générale ;

C. De pathologie et de thérapeutique spéciales de la cavité buccale ;

3° Il doit avoir suivi la clinique chirurgicale pendant deux semestres et la clinique dentaire pendant deux semestres ;

4° Il doit avoir exécuté pendant trois semestres des travaux pratiques de prothèse dentaire ;

5° Il doit s'être exercé pendant trois semestres à pratiquer les opérations dentaires, particulièrement l'obturation des dents d'après les méthodes usitées.

Cet examen se divise en deux parties : une partie pratique et une partie orale

La partie pratique comprend :

1° Un travail écrit sur deux sujets tirés au sort et relatifs à une partie quelconque de l'art dentaire ;

2° L'examen d'une ou de deux personnes atteintes d'affection de la bouche ; l'examinateur peut exiger que le candidat procède à une opération séance tenante ;

3° Deux obturations, dont une aurification ;

4° L'exécution et la pose d'une pièce de prothèse.

La partie orale comprend :

I. Anatomie pathologique spéciale de la cavité buccale et de l'appareil de la mastication, en tenant compte de l'anatomie pathologique générale.

II. Hygiène de la bouche et traitement de ses maladies, y compris la matière médicale et la narcose.

La Société Odontologique Suisse a présenté un projet aux termes duquel l'examen d'anatomie et de physiologie à subir par les chirurgiens-dentistes serait le même que celui des médecins, la bactériolo-

gie serait ajoutée aux cours théoriques qu'il est nécessaire d'avoir suivis actuellement et les deux parties de l'examen professionnel seraient complètement modifiées.

La partie pratique comprendrait :

1° Un travail écrit sur un sujet de pathologie ou de thérapeutique buccale ;

2° Un travail écrit sur un sujet de dentisterie opératoire ;

3° L'examen d'une ou de deux personnes atteintes d'affections de la bouche, avec opération au gré de l'examinateur ;

4° Le pansement et l'obturation de plusieurs dents cariées ;

5° L'exécution et la pose de deux pièces de prothèse (dentiers, couronnes et pièces à pont, prothèse chirurgicale et appareil de redressement).

La partie orale comprendrait :

I. Anatomie pathologique générale avec analyse de quelques préparations microscopiques d'anatomie pathologique de la cavité buccale.

II. Anatomie pathologique spéciale de la cavité buccale et de l'appareil de la mastication. Thérapeutique et hygiène de la cavité buccale.

III. Dentisterie opératoire.

IV. Matière médicale et anesthésie.

De son côté, la Société Odontologique de Zurich demande que les candidats au grade de chirurgien-dentiste fassent au moins quatre semestres d'études professionnelles dentaires.

Un semestre serait consacré à la pathologie et la thérapeutique des maladies de cavité buccale.

Un semestre serait consacré au cours théorique de dentisterie.

Quatre semestres seraient consacrés à la dentisterie opératoire (clinique et opérations).

Trois semestres seraient consacrés à la policlinique dentaire.

Un semestre serait consacré au cours théorique de prothèse dentaire et de métallurgie.

Quatre semestres seraient consacrés au laboratoire de prothèse.

Deux semestres seraient consacrés aux cours de couronnes et de travaux à pont.

Un semestre serait consacré à la prothèse chirurgicale.

CORRESPONDANCE

Nous avons reçu de M. Soulard une lettre par laquelle il réclame la paternité d'un dispositif pour l'anesthésie dont la description a été publiée sous le nom de M. Vichot dans notre numéro du 15 mai.

C'est, en effet, par suite d'une erreur d'impression que cette invention a été attribuée à M. Vichot, qui nous adresse d'ailleurs la lettre suivante à ce sujet :

Lyon, le 14-VII 1905.

Mon cher confrère,

J'ai été très surpris également de voir dans le numéro du 30 juin, que vous ne mentionnez pas M. Soulard.

J'en ai été d'autant plus surpris que je n'ai jamais eu l'intention d'usurper la paternité de ce petit perfectionnement puisque je l'ai présenté au nom de son inventeur M. Soulard et non au mien dans la séance du 30 avril.

Cela est si vrai, que dans le numéro du 15 mai, on porte bien cette présentation faite au nom de M. Soulard ; par conséquent non seulement, je ne vois aucune objection à émettre, mais je serai au contraire très heureux de cette rectification avec insertion de ma lettre si vous le jugez à propos.

Agréez, etc.

J. VICHOT.

Nous avons aussi reçu la lettre suivante :

Paris, le 16 juin 1905.

Monsieur l'administrateur-gérant de *L'Odontologie*,
Monsieur l'administrateur,

Vous avez publié dans le numéro de *L'Odontologie* du 30 mai 1905 les lettres par lesquelles M. Godon et M. Lemerle ont motivé leur démission du Syndicat des chirurgiens-dentistes de France ; nous n'avons pas cru devoir y répondre aussi longtemps qu'elles n'étaient connues que de nous et bien que les raisons données par MM. Godon et Lemerle nous aient paru mauvaises nous n'avions pas à les discuter. Depuis lors, ces lettres ont été livrées au public professionnel et p ou

que notre silence ne puisse être interprété comme un acquiescement, nous tenons à soumettre au jugement de nos confrères l'inexactitude des faits qu'elles relatent.

Nous nous sommes retirés de la F. D. N. parce que la politique professionnelle de ce groupement ne nous semblait pas cadrer avec les aspirations de notre syndicat.

Mais nous ne lui avons créé aucune difficulté et, depuis l'envoi de notre démission, nous n'avons eu en aucune façon à nous occuper de cette fédération.

Nous n'avons non plus dirigé aucune attaque contre l'Ecole dentaire de Paris ni contre aucune autre et, si nous soutenons que les cliniques gratuites ne doivent pas donner de soins aux malades aisés, si nous nous élevons contre le trop grand nombre de nouveaux dentistes créés, nous pouvons en cela être utiles aux écoles en même temps qu'aux praticiens.

Nous mettons M. Godon au défi d'indiquer un document dans lequel nous aurions nommée *(sic)* l'Ecole dentaire de Paris et nous sommes forts *(sic)* étonnés que des revendications de cette nature soient considérées par lui comme des attaques contre l'institution qu'il dirige.

Notre politique judiciaire se résume à provoquer la répression de toutes les fraudes et chaque fois qu'un délit de nature à porter préjudice à notre corporation nous parrait *(sic)* prouvé, nous poursuivons sont *(sic)* auteur sans aucune considération pour sa personnalité. Ce sont, en effet, les actes délictueux que nous cherchons à réprimer et tant pis pour les personnes honorables si elles se mettent dans le cas d'être poursuivies.

Le diplômé de l'Ecole dentaire de Paris (?) dont il prend la défense exerçait l'art dentaire depuis huit ans sans aucun diplôme que celui que je viens de citer, mais cela n'est pas suffisant aux termes de la loi de 1892. Il était en cours d'examen, dit M. Godon, depuis huit ans sans doute. En tout cas, c'était un fraudeur et le syndicat qui se place au-dessus des questions d'écoles n'avait point pour lui éviter des poursuites à tenir compte de son titre de diplômé de l'Ecole dentaire de Paris.

De plus, une circulaire que nous avons adressée le 12 mai 1902 à toutes les Ecoles dentaires de Paris et de province, les informant que quelques étudiants se livraient pour leur compte particulier à l'art dentaire, s'exposaient à des poursuites pour exercice illégal de la médecine, a été sur notre demande et pour qu'ils en soient prévenus, affiché *(sic)* à l'Ecole dentaire de Paris ou *(sic)* on peut la voir encore.

Nous pouvons donc en déduire qu'elle a été approuvée : pourquoi alors s'étonner que nous poursuivons *(sic)* ceux qui quoiqu'ayant terminé leur scolarité n'ont pas plus de droits que les étudiants en cours d'études.

Quant à l'action intentée à ces étudiants (en médecine) ? et continuée malgré les avis du doyen de la Faculté et du recteur de l'Académie, M. Godon aurait pu ajouter : malgré son rejet par le Conseil supérieur de l'instruction publique et le ministre, il s'agit d'un vulgaire fraudeur encore qui a été condamné en correctionnelle à Lille, puis par la Cour

d'appel de Douai, ensuite par le tribunal correctionnel de la Seine pour exercice illégal de l'art dentaire et que *(sic)*, malgré cela a trouvé le moyen ! de prendre sa première inscription comme s'il possédait une patente antérieure au 1er janvier 1892 et d'obtenir un diplôme. Loin d'être un *étudiant en médecine*, non pas que cela puisse nous arrêter, le cas échéant, ce fraudeur était en 1893 *coiffeur* ! ! Nous l'avons poursuivi en annulation d'inscriptions d'abord, puis de diplôme et nous étions loin de penser qu'il aurait trouvé un défenseur en M. Godon et que celui-ci aurait vu dans le cas de ce personnage une raison suffisante pour démissionner du syndicat.

Mais n'insistons pas outre mesure sur les raisons de démission que M. Ch. Godon a peut etre *(sic)* eu tant de mal à trouver. Le seul but de cette lettre est de montrer à tous les lecteurs de bonne foi que le Conseil d'administration du syndicat, loin d'avoir préconisé une politique judiciaire abusive et privilégiée, loin d'avoir semé la désunion dans le corps professionnel et créé des difficultés à la F. D. N. n'a fait que se conformer à ses statuts et défendre énergiquement les intérêts professionnels des membres du syndicat contre les fraudeurs.

Quant à M. Lemerle nous n'avons qu'un mot à lui répondre, c'est que si la F. D. N. veut se poser en adversaire du syndicat, celui-ci n'a aucune espèce d'animosité contre ce groupement ni contre les membres qui le composent.

Veuillez agréer, monsieur l'administrateur-gérant, l'assurance de mes meilleurs sentiments.

Le président du syndicat,
Signé : Bonnard.

Il nous semble que notre Rédacteur en chef a tiré suffisamment la moralité de ces incidents dans l'article publié en tête du présent numéro consacré à l'Assemblée générale du 4 juillet.

Les membres de notre groupement ont fait encore une fois connaître leur avis à une majorité écrasante.

Il serait maintenant cruel d'insister. Je laisse mes contradicteurs à leur besogne. Chacun sert la profession avec ses moyens. Le point important pour chacun est de ne pas endosser la responsabilité d'actes qu'il réprouve.

Ch. Godon.

VARIA

Un peu d'histoire.

L'Assistance publique de Paris, — au temps où, à côté de ses archives, elle avait un archiviste, et non un simple bibliothécaire, — a publié toute une suite de documents précieux où ceux qui de près ou de loin participent au mouvement hospitalier peuvent trouver, le cas échéant, un aliment à leur curiosité.

C'est, d'une part, la *Collection de documents pour servir à l'histoire des hôpitaux de Paris*, et, d'autre part, l'*Inventaire sommaire des archives hospitalières antérieures à 1790*, — ouvrages dus tous deux à la plume autorisée de M. Brièle.

L'idée nous est venue d'y chercher ce qui pouvait avoir trait à l'art dentaire, et voici ce que nous avons trouvé :

1658. « Dupont, opérateur du Roy, demande à prendre les dents » des personnes mortes à l'*Hôtel-Dieu*, pour en aider le public qui en » aura besoin. »

La requête est repoussée ; mais que dites-vous de cet accès de philanthropie ?

1674. « Un particulier a demandé permission d'arracher deux dents » à chacun des malades de l'*Hôtel-Dieu* QUI LES AURONT BELLES, » moyennant une rétribution qu'il en donnera. »

Ici encore, un énergique refus accueille la proposition.

Mais elle n'était assurément point banale, n'est-ce pas, de la part de cet industriel avisé, qui ne songeait peut-être point que c'était, par la peur inspirée aux malades, un moyen radical de désencombrer l'hôpital !

1751. « Refus d'exercer les élèves-dentistes sur les cadavres. »

Le progrès, on le voit, a, depuis lors, fait un pas en avant : car l'Assistance publique a spontanément, en 1896, institué pour eux des cours payants à son *Amphithéâtre d'anatomie*, et autorisé, en 1898, — en attendant mieux, — un stage clinique rétribué dans ses hôpitaux. Et le temps n'est pas loin, — il le faut espérer, — où elle enverra elle-même ses hospitalisés se faire soigner leurs dents aux dispensaires organisés par les écoles libres.

Déjà même, en 1876, — il est bon de le rappeler en passant, — l'Assistance avait permis qu'une clinique odontologique fût professée dans un de ses établissements, et elle avait accepté que le docteur *Delestre*, bien qu'il ne fît pas partie du corps médical des hôpitaux, fît des cours cliniques à la *Charité* sur les maladies des dents.

Il est vrai que le service fut désorganisé à partir de 1886, lorsque survint la mort du praticien, et qu'on décida que les dentistes hospitaliers (il y en avait, hélas ! bien peu encore) n'auraient point le droit de se faire assister par des élèves !

Et cet état de choses obligeait, dès 1889, l'Administration à constater avec regret l'incurie qui régnait à l'hôpital pour les soins et les affections de la bouche.

Mais ne voilà-t-il pas qu'en 1904, sagement inspiré par le Dr *Godon*, le Directeur de l'Assistance, *M. Mesureur*, va proposer lui-même, nous a-t-on dit, le concours des écoles dentaires aux soins, si négligés jusqu'ici, à donner aux hôpitaux ?

In caudâ venenum!

1786. « Un chirurgien interne, *Hurel*, n'a pas cessé d'arracher » toutes les dents aux cadavres dans la salle des morts, pour les » vendre aux dentistes, et de porter des têtes et des cadavres entiers » dans la chambre de garde, où il les décharnait et les faisait bouil- » lir, pour en avoir les os, qu'il vendait. »

Spéculation macabre, qui donne le frisson !

Mais ne nous en plaignons pas.

Le sieur *Hurel* n'engage-t-il pas ainsi les premiers rapports entre médecins et dentistes, — et n'ouvre-t-il pas par là la voie à cette aide mutuelle qu'ils vont, par la suite, solliciter les uns des autres ?

Il m'a semblé, par ce temps de réformes, que ces souvenirs au pas de course, dans un domaine qui doit nous être familier, ne seraient pas historiquement indifférents aux lecteurs de *L'Odontologie*.

FERNAND WORMS.

NOUVELLES

SOCIÉTÉ D'ODONTOLOGIE DE PARIS

Réunion extraordinaire du 11 juillet.

SÉANCE DE DÉMONSTRATIONS PRATIQUES DU MATIN.

La Société d'Odontologie de Paris, à l'occasion du passage à Paris de M. le Dr Dubeau, directeur de l'Ecole dentaire de Montréal, a organisé une séance de démonstrations pratiques, le 11 juillet, à 9 heures du matin, à l'Ecole dentaire de Paris.

Enseignement de 1re année.

Dans cette séance, *MM. Godon, Mahé, Delair* ont présenté les travaux exécutés par les élèves de 1re année qui portaient sur l'enseignement de l'anatomie par les dessins, et qui comprenaient les travaux exécutés sur l'appareil fantôme et ceux exécutés au laboratoire de prothèse.

Les travaux faits sous la direction de M. Delair au Laboratoire de l'Ecole sont la preuve évidente que les élèves doivent, avant de construire un appareil, exécuter méthodiquement une série de travaux manuels sur le bois, le fer, le cuivre et le modelage.

Procédé d'aurification avec l'emploi de l'or et de l'étain.

M. Levett aurifie une cavité triturante de grosse molaire inférieure gauche. Une feuille d'étain est enveloppée dans une feuille d'or adhésif. La cavité est préparée sans rainure ni points de rétention. La cavité est presque comblée avec des rubans d'or et d'étain. Enfin, le reste de l'obturation est comblé par plusieurs rubans d'or adhésif. Le temps nécessaire pour exécuter ce travail a été de 25 minutes. L'emploi de cette méthode abrège donc considérablement la durée du travail. Le résultat a été parfait.

Emploi du chlorure d'éthyle comme anesthésie générale de courte durée.

M. Blatter soumet quatre malades à la narcose. De multiples extractions ont été faites sans que les patients endormis et opérés aient éprouvé la moindre douleur. Aucun de ces malades n'a présenté d'excitation.

Ces démonstrations se sont terminées à midi.

Séance du soir.

Présidence de M. Delair.

M. Amoëdo lit une note sur la réimplantation des dents, qu'il pratique couramment avec succès ; il présente quelques malades dont les dents réimplantées datent de plusieurs années.

M. Loriot présente un malade atteint de sclérodermie congénitale généralisée. Cette présentation qui intéresse vivement l'assistance est précédée de la lecture de l'observation détaillée de la maladie.

M. Blatter, au nom de *M. Darcissac*, présente un ingénieux appareil de redressement, dont l'action a été très rapide et basé sur l'emploi de la force continue.

Puis *M. Delair* souhaite la bienvenue au Dr Dubeau, directeur de l'Ecole dentaire de Montréal, et aux autres dentistes canadiens français qui assistent à la séance. Il remet à M. Dubeau une médaille de vermeil au nom de la Société d'Odontologie. *MM. Godon* et *Sauvez* prennent également la parole et se font les interprètes de l'Ecole auprès du Dr Dubeau. Celui-ci, après avoir annoncé la nomination de M. Delair comme membre honoraire de la Société d'Odontologie de Montréal, engage ses confrères français à prendre part en grand nombre aux travaux du Congrès de Montréal en 1906. Puis il donne d'intéressants renseignements sur l'évolution de l'art dentaire au Canada, où il invite l'Ecole à envoyer quelques-uns de ses élèves.

M. Hugot lit un travail sur le traitement de la carie du 4e degré, accompagné d'une statistique personnelle de cas traités.

M. Mahé donne d'intéressants détails sur la façon dont il enseigne l'anatomie aux élèves de 1re année de l'Ecole ; il montre une grande partie des planches qu'il a fait exécuter dans ce but.

Enfin *M. Sauvez* fait don d'une mâchoire de requin au Musée de l'Ecole dentaire.

Banquet canadien.

Le 13 juillet dernier, le directeur et le directeur-adjoint de l'Ecole dentaire de Paris, auxquels s'étaient joints plusieurs professeurs et membres de la Société, ont offert, au Palais d'Orsay, un dîner aux confrères canadiens, MM. Eudore, Dubeau, Lemieux, etc., depuis quelque temps en Europe et de passage à Paris.

Mort causée par un dentier artificiel.

On signale la mort, à Nottingham (Angleterre), d'une femme dont le dentier artificiel avait glissé dans l'arrière-gorge. Ce dentier fut

retiré avec les plus grandes difficultés, mais resta assez longtemps pour causer une pneumonie qui amena le décès le lendemain matin.

W. D. Miller Dental Club.

Les dentistes américains habitant Berlin ont fondé une société sous le nom de *W. D. Miller Dental Club*. Les réunions auront lieu le 1er samedi de chaque mois d'octobre à mai inclus. Le président est M. F. Foerster.

AVIS

Pour les besoins de l'enseignement préparatoire de 1re 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.

EN VENTE
Aux bureaux de *L'Odontologie:*

RÉUNIONS NATIONALES

COMPTES RENDUS

1er Congrès Dentaire National
BORDEAUX 1895
1 vol. br. **3** fr. (port en sus 0 fr. 50).

2e CONGRÈS DENTAIRE NATIONAL
NANCY 1896
1 vol. br. **4** fr. (port en sus 0 fr. 50).

3e CONGRÈS DENTAIRE NATIONAL
PARIS 1897
1 vol. broché, illustré de 28 gravures intercalées dans le texte et de 9 planches tirées hors texte. Prix **4** fr. (port en sus 0,45).

4e Congrès Dentaire National
LYON 1898
1 vol. br. **3** fr. (port en sus 0 fr. 75).

5e Réunion Dentaire Nationale
CONGRÈS D'AJACCIO (AFAS. 1901)
1 vol. 144 p. br. **2** fr. (port en sus 0 fr. 20)

6e Réunion Dentaire Nationale
CONGRÈS DE MONTAUBAN (AFAS. 1902)
1 vol. 170 p. br. **2** fr. **50** (port en sus 0 fr. 25)

7e Réunion Dentaire Nationale
CONGRÈS D'ANGERS (AFAS. 1903)
1 vol. 190 p. br. **2** fr **50** (port en sus 0 fr. 30)

EN VENTE
Aux Bureaux de *L'Odontologie:*
COMPTES RENDUS DU
1er Congrès Dentaire International
PARIS 1889
1 vol. broché **3** fr. (port en sus 0,75).

LES COMPTES RENDUS
DU
3e Congrès Dentaire International
Forment 4 gros volumes illustrés
(**48** fr., port en sus)

Envoyer les **souscriptions** à
M. VIAU, trésorier.
47, boulevard Haussmann, PARIS

EN VENTE
Aux bureaux de *L'Odontologie*
Fédération Dentaire Internationale

COMPTES RENDUS

N° 1. Paris, Londres-Cambridge 1900-1901
1 vol. 120 p. **3** fr. (port en sus 0 fr. 25)

N° 2. STOCKHOLM 1902
1 vol. 400 p. **4** fr. (port en sus 0 fr. 50)

N° 3. MADRID 1903
1 vol. 182 p. **3** fr. (port en sus 0 fr. 30)

EN VENTE
Aux bureaux de *L'Odontologie:*
Fédération Dentaire Nationale

COMPTES RENDUS

N° 1. PARIS et AJACCIO 1901
1 br. 44 p. **1** fr. **50** (port en sus 0 fr 10)

N° 2. PARIS, avril 1902
1 vol. 126 p. **2** fr. (port en sus 0 fr. 20)

N° 3. MONTAUBAN, août 1902
1 br. 64 p. **1** fr. **50** (port en sus 0 fr. 10)

N° 4. PARIS, avril 1903
1 br. 40 p. **1** fr. (port en sus 0 fr. 10)

EN VENTE
Aux bureaux de *L'Odontologie*
XIVe Congrès International de Médecine
Section d'Odontologie
MADRID 1903
Comptes rendus par **Paul MARTINIER**
1 vol. illust. 124 p. **3** fr. (*port en sus* 0 fr. 20)

Manuel du Chirurgien-Dentiste
Publié sous la direction du Dr CH. GODON
DIRECTEUR DE L'ÉCOLE DENTAIRE DE PARIS

I. Notions générales d'anatomie, d'histologie et de physiologie, par le Dr Paul Marié, 322 p.
II. Notions générales de pathologie, par le Dr Aug. Marie, 272 p.
III. Anatomie et Physiologie de la bouche et des dents, par le Dr E. Sauvez et MM. Wicart et G. Lemerle, *2e édition*, 314 p., 158 fig.
IV. Pathologie des dents et de la bouche, par le Dr Léon Frey et G. Lemerle, *2e édition*, 315 p., 35 fig.
V. Thérapeutique de la bouche et des dents, *hygiène buccale et anesthésie dentaire*, par le Dr M. Roy, *2e édition*, 315 p.
VI. Clinique des maladies de la bouche et des dents, par les Drs Ch Godon et E. Friteau, *2e édition*, 276 p., 2 fig.
VII. Dentisterie opératoire, par le Dr Ch. Godon, *2e édition*.
VIII. Clinique de prothèse, *prothèse dentaire, prothèse orthopédique*, ou *orthodontie*, par P. Martinier, *2e édition*, 320 p. 50 fig.
IX. Clinique de prothèse chirurgicale et restauratrice des maxillaires, par P. Martinier, *2e édition*.

Librairie J.-B. BAILLIÈRE & Fils
19, rue Hautefeuille, PARIS

PETITES ANNONCES

1 fois..... 3 francs | 12 fois (6 mois)..... 25 francs
6 » (3 mois)..... 15 — | 24 fois (1 an)..... 45 —

— la case simple —

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'École Polytechnique, professeur de chimie à l'École 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.

PRÉCIS D'ANATOMIE DENTAIRE

par **J. Choquet**, chirurgien-dentiste D. E. D. P. de la Faculté de Médecine de Paris, professeur à l'École dentaire de Paris. Un volume in-18 de 400 pages, accompagné de 195 gravures inédites, De Rudeval, éditeur. Prix : 8 francs.

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 90 0/0 des élèves présentés

200 FR. DU 9 NOVEMBRE A JUILLET, 2 HEURES PAR JOUR

Cours 1re 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

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

25e ANNÉE. N° 15 15 AOUT 1905 VOL. XXXIV

L'ODONTOLOGIE

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

AUX LECTEURS

*Le début du mois d'août a été marqué par d'importantes réunions professionnelles. Du 2 au 7 août, s'est tenue la réunion de l'*Association française pour l'Avancement des sciences *qui depuis cette année, a transformé en une section autonome, la sous-section d'Odontologie.*

Le 3 août, également à Cherbourg, s'est réuni le bureau de la Fédération dentaire nationale.

Du 4 au 6 août, s'est tenue à Hanovre la réunion annuelle de l'importante société allemande Centralverein Deutscher Zaharzte.

Enfin le 7 août, s'est tenue, à Hanovre également, la 5e session de la Fédération dentaire internationale *qui entrait, depuis le Congrès de Saint-Louis, dans la seconde période de son évolution.*

Dans toutes ces réunions, le journal L'Odontologie *a été largement représenté, et, grâce au dévouement de nos délégués, nous pouvons, dès aujourd'hui, donner un compte rendu complet, sinon officiel, de la réunion de l'A. F. A. S., de celle de la F. D. N. et de la F. D. I. Enfin, en attendant le rapport complet que nos délégués présenteront à la Société d'Odontologie, nous donnons, dès maintenant, un compte rendu sommaire de la réunion de la* Centralverein Deutscher Zaharzte.

Nous voulons, en effet, que, dans ce journal, on puisse trouver le compte rendu de toutes les réunions intéressant le monde professionnel aussitôt qu'elles auront

eu lieu, de façon que le lecteur soit immédiatement tenu au courant de toutes les manifestations de l'activité professionnelle dans le domaine scientifique, comme dans celui des grands intérêts généraux de la profession.

Enfin nous sommes heureux d'annoncer que, à la liste de nos principaux collaborateurs qui compte déjà de si remarquables personnalités du monde dentaire, français et étranger vient s'ajouter, à partir d'aujourd'hui, le nom de M. le professeur W. D. Miller, *de Berlin, dont la réputation de haute valeur scientifique n'a pas besoin d'être développée aux lecteurs de ce journal, où nombre de ses travaux ont déjà paru et où nous allons prochainement publier un important travail de ce même auteur.*

*Nos lecteurs nous sauront gré, nous l'espérons, des efforts et des sacrifices que s'impose notre Rédaction qui tend toujours à faire du journal de l'*Association générale des Dentistes de France, *un organe de plus en plus parfait, suivant notre devise désirant arriver par l'*Union *à tous les* Progrès.

L'ODONTOLOGIE.

Travaux Originaux

LES ACCIDENTS D'ÉRUPTION DENTAIRE ET LE TERRAIN

Par le Dr Frey.

Dentiste des hôpitaux,
Professeur à l'École dentaire de Paris.

(Communication faite au Congrès de Cherbourg. Août 1905.)

L'éruption des dents comporte un certain nombre de périodes : la première est la période des vingt dents, dites de lait ; la deuxième correspond aux vingt dents de remplacement et aux premières grosses molaires ou molaires de six ans ; la troisième est celle des molaires de douze ans ou deuxièmes grosses molaires ; la quatrième, celle des dents de sagesse ou troisièmes grosses molaires.

L'éruption des dents, quand elle ne concerne que les vingt dents de lait, est dite encore purement et simplement « la dentition » ; c'est pourquoi les phénomènes pathologiques, qui peuvent être en rapport avec cette première période, sont connus sous le nom « d'accidents de la dentition ». L'explication en est facile, puisque la carie dentaire ne commence à manifester ses accidents qu'à partir de la quatrième année et que tous les phénomènes, qui peuvent attirer l'attention du côté des dents depuis la naissance jusque dans la troisième année, ne concernent exclusivement que l'éruption dentaire.

Il n'en est plus de même pour les autres périodes éruptives (éruption des vingt dents permanentes de remplacement, éruption des molaires de six et douze ans, des molai-

res de sagesse). Ici, pour ne pas confondre avec les accidents concomitants possibles de la carie, on a pris l'habitude de spécifier nettement qu'il s'agit d'accidents d'éruption des dents de six, douze ans, etc.

Quand l'évolution dentaire est normale, il s'agit d'un phénomène d'ordre purement physiologique, qui ne peut nous intéresser ici. Cependant il nous semble bon, même à propos de l'évolution physiologique, de distinguer deux cas :

Évolution normale et terrain normal.

Évolution normale et terrain défectueux.

Il se peut en effet que, dans des conditions qui nous échappent encore, un enfant débilité par de graves troubles généraux, fasse une éruption dentaire parfaite ; nous l'avons tous constaté en clientèle et à l'hôpital. Peut-être y aurait-il là l'influence d'une parfaite hérédité dentaire qui, résistant aux troubles généraux de l'organisme, pousserait les dents à évoluer normalement, indifférentes à ces troubles.

Malheureusement il n'en est généralement pas ainsi et nous allons maintenant étudier les influences morbides réciproques de l'état général, aux différentes périodes de cette éruption.

Première période (Éruption des vingt dents de lait[1]).

A. — *Influence du terrain sur l'éruption dentaire.*

« Chez les enfants bien nourris, dit Comby, les premières dents sortent à dix mois dans la majorité des cas. Chez les enfants mal nourris, la sortie de ces premières dents est retardée. » C'est aussi l'opinion exprimée par son élève Millon.

1. On pourrait même signaler des accidents de la période prééruptive. Capdepont a décrit sous le nom de « Folliculite expulsive » une éruption prématurée de la dent ou plutôt du capuchon d'émail d'une dent en voie de formation, véritable expulsion hors du nid folliculaire enflammé tantôt par un agent infectieux extérieur à la suite d'un traumatisme, tantôt plus exceptionnellement par une auto-infection. Cette dent prématurément sortie devient à son tour une cause de trouble pour l'état général, en gênant les têtées et entravant l'alimentation.

Donc la *mauvaise alimentation du nouveau-né*, la *dyspepsie gastro-intestinale* déterminent au premier chef une éruption dentaire pathologique : l'organisme a une vitalité diminuée et le moins qui puisse se produire, c'est le retard dans l'éruption des dents.

Malheureusement ce retard entraîne le plus ordinairement une éruption irrégulière : ce sont les incisives du bas et du haut qui sortent presque simultanément, ce sont les canines qui sortent avant les premières molaires de lait ou presque en même temps qu'elles, ce sont les deuxièmes molaires de lait qui n'apparaissent que très tardivement entre trois et quatre ans, ou presque en même temps que les premières molaires de lait, et d'une façon générale on peut dire que toute dent qui ne sort pas à sa date normale et dans son ordre normal trouble l'équilibre biologique du milieu buccal, produit sur ce milieu l'action d'un agent traumatique ; le polymicrobisme buccal, de saprophyte qu'il est à l'état normal, devient pathogène et nous assistons à des manifestations d'infection tantôt purement locales (gencives, joues, etc.) tantôt générales (poumons, intestins, etc. [1]).

La *syphilis héréditaire*, le *rachitisme* produisent sur la dent non seulement des désordres de structure dont nous n'avons pas à nous occuper ici, mais encore des anomalies de l'éruption ; celle-ci devient irrégulière et retardée et nous venons d'en voir les conséquences.

De même les *fièvres éruptives* et les *maladies du système nerveux* [2].

---

1. Je rappellerai ici les mémoires de Lébédinski, de Chompret sur le milieu buccal, le mien sur l'influence du terrain dans l'étiologie de la carie.

2. A notre consultation dentaire de l'hospice de Bicêtre, nous avons constaté fréquemment le retard et l'irrégularité de l'éruption chez les nouveau-nés arriérés du service du Docteur Bourneville. Mais ce qui nous a surtout frappé et sur quoi nous attirons dès à présent l'attention de nos confrères, c'est l'engrènement défectueux des dents du haut avec celles du bas, leur articulation vicieuse et toutes les malformations dentaires, maxillaires et faciales consécutives. Ces malformations rentrent dans la catégorie de celles que nous avons étudiées dans notre mémoire (Congrès de Montauban 1902 Association française pour l'Avancement des Sciences) sur les rapports pathologiques entre l'articulation temporo-maxillaire et les dents.

B. — *Influence de l'éruption dentaire sur le terrain.*

C'est la plus étudiée et aussi la plus discutée, à tel point que sous le nom « d'accidents de dentition chez le nouveau-né » beaucoup n'entendent que cette seule catégorie. Dans le problème si complexe de la pathologie de l'éruption dentaire, la plupart des auteurs se sont limités à ce seul très important chapitre de son influence sur l'état général.

Et ils se sont divisés en deux classes absolument opposées.

Les uns, partisans des doctrines hippocratiques, admettent cette influence absolument (Hunter, Rilliet et Barthez, Ch. West, Bouchut, Pamard, etc., etc.

Les autres, avec Magitot et l'École allemande, la nient absolument,

Les premiers attribuent presqu'aveuglément, pour ainsi dire, à l'éruption dentaire la plupart des phénomènes pathologiques de la première enfance : nerveux, respiratoires, circulatoires, gastro-intestinaux, cutanés : et ils expliquent tous ces troubles de l'état général, primitivement par une excitation réflexe à point de départ dentaire, secondairement par un réveil infectieux.

Les seconds ne voient dans les diverses manifestations des accidents dits de dentition que des troubles tout à fait indépendants de la dentition, attribués à tort à celle-ci, par le fait de la *suggestion toujours présente d'une dent apparue ou à apparaître ;* tout au plus consentent-ils à admettre la salivation réflexe exagérée et la salive en inondant les linges de l'enfant pourrait le refroidir et lui donner bronchite ou entérite ! (Fleischmann). La dentition est un phénomène d'ordre physiologique, au même titre que le développement des autres organes et qui doit évoluer dans le silence tout comme ceux-ci. « L'enfant nouveau-né fait ses dents, dit Magitot, comme il fait ses autres organes, ses glandes, ses muscles, etc., et il y aurait autant de raisons pour attribuer à ces formations diverses les phénomènes morbides qu'on rattache empiriquement à la dentition. » S'il y a des accidents de la première dentition,

ce ne peut être que des infections locales, comme pour les accidents d'éruption de dent de sagesse.

A notre sens, cela n'est vrai qu'en partie, car il est un point de la question que Magitot et ses partisans n'ont pas fait ressortir, c'est *l'état d'équilibre instable de l'organisme de l'enfant ;* il doit, dans un temps relativement très court, suffire à un travail énorme pour arriver à s'alimenter normalement. De la naissance jusqu'à l'âge de trente mois environ, où il a terminé l'éruption de ses vingt dents de lait, il lui en faut faire la calcification et l'éruption, et préparer la calcification des dents permanentes ! et cela tout en développant et son squelette et tout le reste de son organisme muscles, glandes, etc. ! On conçoit que, dans ces conditions, il frôle constamment le déséquilibre. Il lui suffira du moindre refroidissement, de la moindre fatigue gastro-intestinale, de la moindre infection pour que ses défenses naturelles deviennent impuissantes. Et n'est-ce pas pour cette raison qu'il est plus facilement contaminable que l'adulte par toutes les infections générales, fièvres éruptives, diphtérie, coqueluche, etc.

Autrement dit, *le travail de l'éruption dans la première période de la dentition agit comme cause prédisposante, en affaiblissant l'équilibre de l'organisme,* en mettant celui-ci dans un état d'équilibre instable, *au même titre d'ailleurs que le développement de tous les autres tissus et organes,* et à la moindre cause occasionnelle agissant sur le système nerveux, digestif ou circulatoire, les infections et les réflexes pourront déterminer l'état de maladie (voir Raffray, les déséquilibrés du système nerveux). C'est pourquoi les *accidents, dits de la première dentition, sont surtout des accidents généraux, des accidents de la pathologie générale de l'enfance.*

C'est de la même façon que Springer considère l'influence de la croissance sur les accidents dits de croissance.

Et quand les adversaires acharnés des accidents de la première dentition viennent nous dire que l'éruption des dents de lait n'amène pas plus de bronchites que celle des

dents de sagesse, nous leur répondons : l'adulte qui perce une dent de sagesse a un organisme dont le développement est à peu près terminé, incapable de se laisser émouvoir par cette éruption, à moins que l'intensité des accidents locaux ne l'ébranle, et encore ce ne peut être que secondairement à l'intensité de ces phénomènes locaux ; au contraire, l'enfant qui perce ses dents de lait a un organisme en pleine voie de développement, dans un état d'équilibre instable, et il lui suffira de la moindre épine dentaire pour être troublé dans ses fonctions essentielles, à la merci de la moindre infection.

Pourquoi *Comby, Séjournet, Millon,* n'admettent-ils comme troubles de la première dentition que le prurit, les gingivites, les stomatites ? Pourquoi nient-ils les accidents généraux ? Parce qu'ils ne considèrent pas cet état d'équilibre instable de l'organisme dans la première enfance.

Notre ami *Besson* est plus près de la vérité quand il dit : « l'éruption des dents pourra constituer un véritable traumatisme dans un organisme dont la nutrition est pervertie ». Dans son effort d'analyse, il n'avait plus qu'à considérer, ce me semble, non pas la maladie proprement dite, *mais la maladie en puissance,* l'équilibre précaire, instable d'un organisme en voie intensive de développement, comme toujours dans la première enfance.

Cruet et son élève *Savoye* se sont exclusivement attachés à l'influence efficiente de l'infection, sans prendre garde que l'état du terrain détermine la modalité des accidents, la prédominance des accidents généraux chez l'enfant, des accidents surtout locaux chez l'adulte. Et cependant Savoye qui, dans la page 25 de sa thèse, critique cette accumulation de « mots vagues, comme l'hérédité, le terrain, la diminution de résistance », se trouve forcé par l'analyse des faits (page 47) à « admettre très bien qu'un terrain ainsi affaibli fera plus facilement une bronchite, une broncho-pneumonie qu'un organisme en possession de tous ses moyens de défense ».

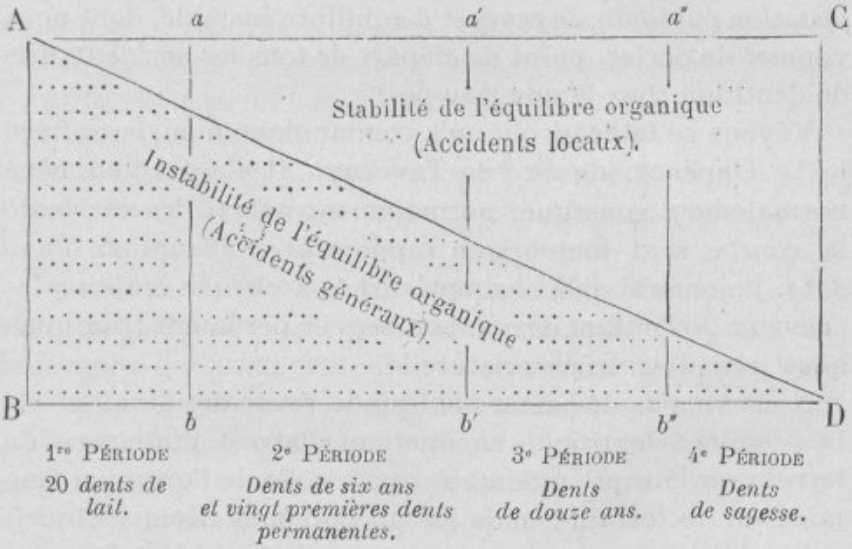
Donc il y a une influence de l'éruption dentaire sur l'état

général, chez l'enfant en bas âge ; les hippocratistes l'ont constatée, mais ils l'ont exagérée ; chez eux elle a pris une prépondérance aveuglante, qui leur a faussé la perspective des faits cliniques.

Pour lutter contre leurs exagérations, Magitot et ses élèves ont pris une position de combat et ils sont tombés dans l'excès contraire.

Lannelongue, dans sa préface du traité de Cruet, Savoye, Besson — Besson surtout — ont commencé la réaction du juste milieu scientifique.

Nous espérons que nous y contribuerons aujourd'hui pour notre propre compte.



Dans notre cours à l'Ecole dentaire, nous avons l'habitude de tracer devant nos élèves le schéma ci-dessus pour leur bien faire saisir notre pensée.

Comme on le voit, la période de la première dentition Aa, Bb, répond au maximum de la zone des accidents généraux par le fait de l'instabilité de l'équilibre organique par contre la période des accidents de dents de sagesse a" C, b" D répond au maximum de la zone des accidents locaux par le fait de la stabilité de l'équilibre organique.

Il est un point que nous devons à présent signaler à l'attention de nos confrères : si nous considérons la courbe du poids d'un enfant normal, dont l'évolution dentaire est normale, nous constatons un arrêt, quelquefois même une régression à chaque poussée dentaire, sans autre accident. Nous devons en tirer, ce semble, deux conclusions :

D'abord que la *courbe normale comporte des irrégularités* normales, qu'elle n'est pas progressivement et régulièrement ascendante, comme on pourrait le croire, ensuite que, *même dans les conditions les plus favorables, l'éruption dentaire influence l'état général et le manifeste dans le poids de l'enfant.*

Et ce stationnement du poids, ne serait-ce pas une manifestation évidente de cet état d'équilibre instable, dont nous venons de parler, point de départ de tous les accidents dits de dentition chez le nouveau-né ?

Voyons ce tableau que m'a communiqué mon beau-frère le Dr Oppenot (de St-Leu-Taverny). Il s'agit d'un bébé normalement constitué, normalement nourri, les écarts de la courbe sont toujours en rapport avec l'éruption d'une dent. J'ajouterai qu'à chaque écart et à chaque éruption les cheveux de l'enfant devenaient secs et perdaient pour quelques jours leur frisure naturelle.

Nous venons de passer une rapide revue des accidents de la première dentition, en étudiant d'abord l'influence du terrain sur l'éruption dentaire, puis celle de l'éruption dentaire sur le terrain ; mais les phénomènes cliniques, quels qu'ils soient, sont toujours très complexes, les influences, auxquelles ils obéissent, se commandent, se subordonnent, finissent par s'enchevêtrer, on les dégage par l'analyse, mais ils se présentent à nous synthétiquement.

Tel enfant offre un état général défectueux, sa dentition s'en ressent, elle apparaît tardivement et irrégulièrement (voir page 102) ; conséquence immédiate ; trouble possible de l'équilibre biologique du milieu buccal (infections gingivo-buccales) ; conséquence ultérieure (voir page 104) déséquilibre général et prédisposition aux infections organiques et

aux troubles les plus divers du système nerveux. Le terrain restant toujours défectueux, les accidents peuvent se continuer jusqu'à la fin de l'évolution dentaire si l'enfant y résiste.

Tel autre enfant est bien portant, mais à l'occasion d'une poussée dentaire, il présente par exemple des accidents intestinaux (voir page 104). Si ceux-ci ont une certaine intensité, le terrain devient défectueux et l'éruption pourra être retardée, irrégulière avec toutes ses conséquences, comme dans le cas précédent (voir page 103).

C'est l'éternel cercle vicieux des phénomènes cliniques.

Deuxième période (Remplacement des vingt dents temporaires par vingt dents permanentes et éruption des dents de six ans).

L'enfant est mieux équilibré, plus fort, donc moins prédisposé aux troubles généraux de l'organisme (voir le rectangle a a' b b' du schéma (page 109).

Cependant, à l'occasion du travail de la dentition, son état général pourra présenter un certain état de langueur, de fatigue, il y aura peut-être, ainsi que quelques-uns l'affirment, prédisposition à certaines maladies infectieuses de l'enfance, rougeole, scarlatine, etc., il pourra y avoir des poussées ganglionnaires (sans infection buccale apparente cependant) dans les ganglions du cou.

Ce qui domine déjà, ce sont simplement les accidents locaux dont l'intensité pourra, il est vrai, mais secondairement seulement, retentir sur l'état général. Par exemple, telle dent de six ans à capuchon gingival infecté pourra entraîner une angine violente avec fièvre (thèse Audy 1901).

3° ET 4° PÉRIODES. — ERUPTION DES MOLAIRES DE DOUZE ANS ET DES DENTS DE SAGESSE.

Ici l'organisme a atteint un équilibre assez stable, surtout chez l'adulte qui perce ses dents de sagesse, pour qu'il n'y ait plus à considérer primitivement que des accidents locaux (voir schéma page 109 a" C b" D). L'infection locale a été remarquablement étudiée par *Redier, Deville, P. Ferrier et Capdepont.*

Et cependant, si nous voulons analyser scrupuleusement les phénomènes, nous pourrons encore considérer :

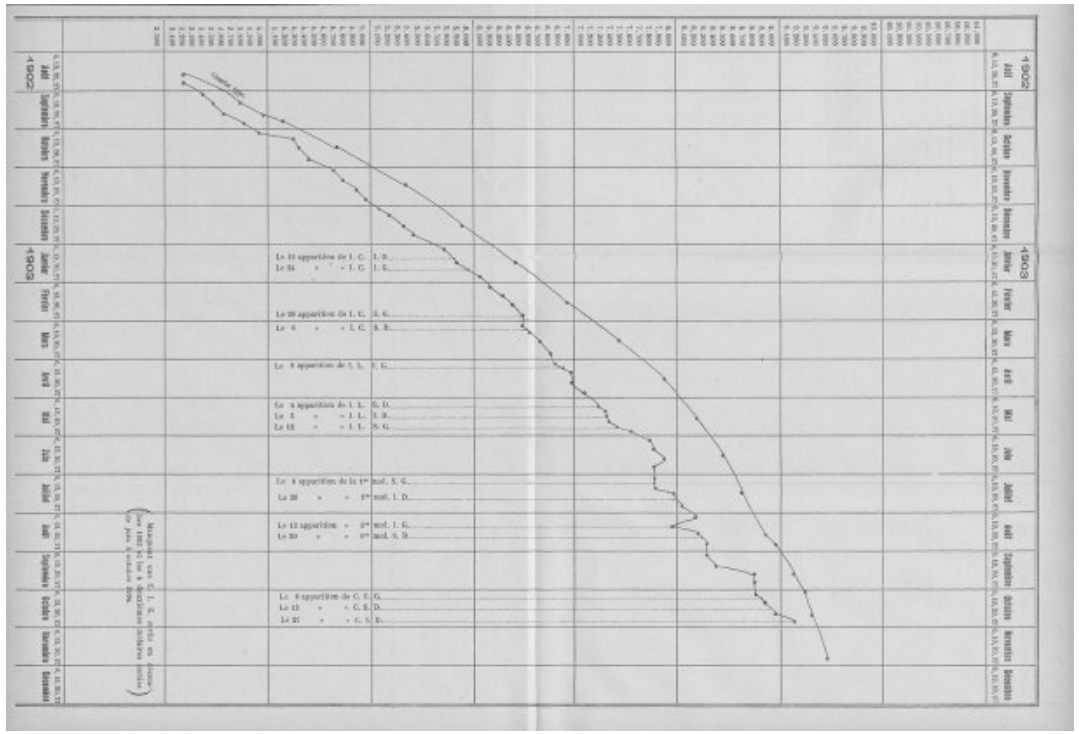
A) Influence du terrain sur l'éruption de la dent de sagesse ; il est évident que l'adénoïdien, le rachitique, le syphilitique héréditaire, au maxillaire inférieur ou supérieur déformé, pourront présenter des accidents d'éruption par défaut de place ou par anomalies de direction, et ils pourront imprimer à ces accidents une physionomie particulière abcès chroniques, hypertrophies ganglionnaires chez les strumeux ; de même formation de séquestres chez les phosphoriques (Savoye).

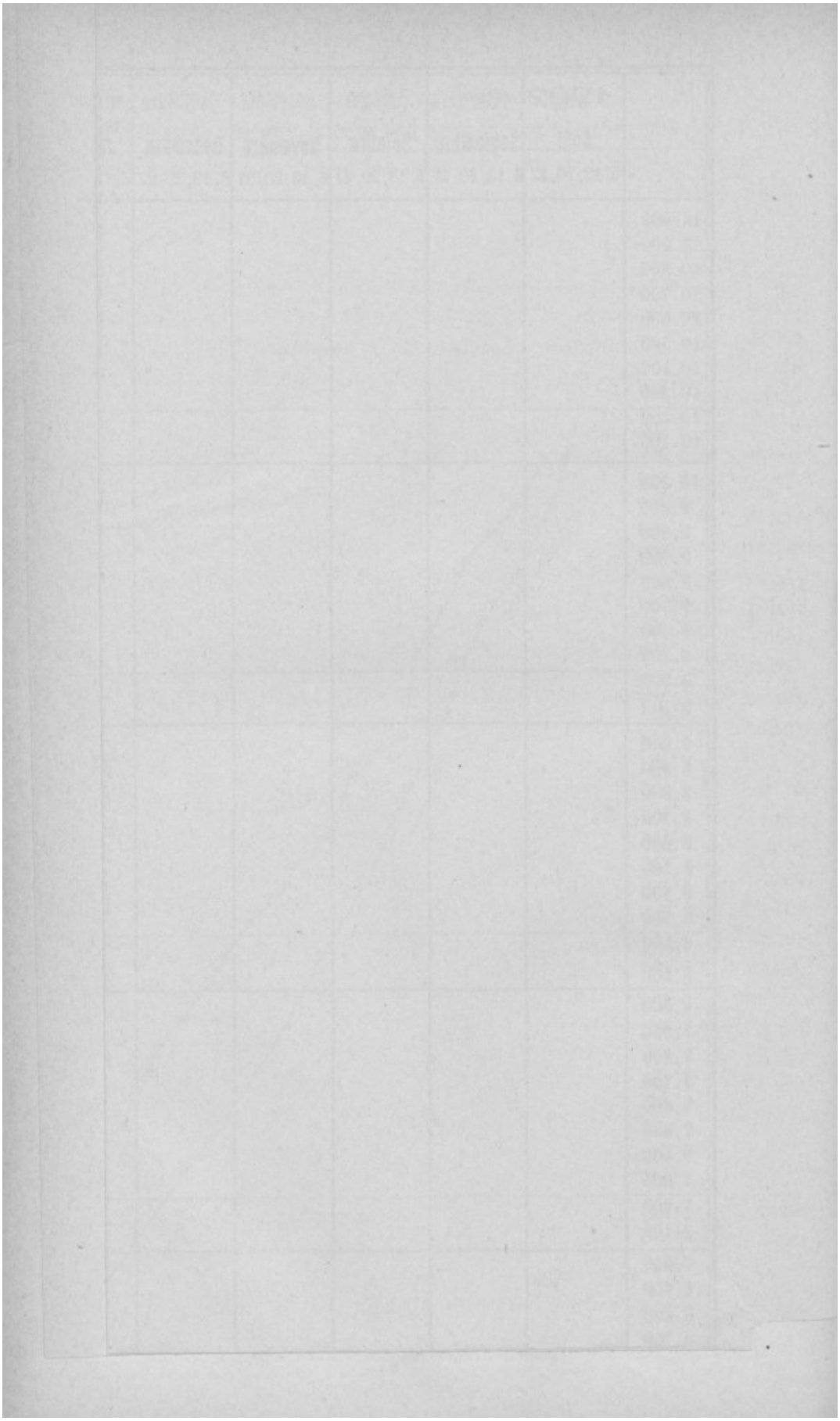
B) Influence de l'éruption de la dent de sagesse sur le terrain ; ici, comme plus haut, nous le répétons, l'état général peut être troublé, non pas primitivement par le simple fait de l'éruption de la dent, mois secondairement : 1° aux phénomènes infectieux, dont cette dent pourra être le point de départ (signalons l'angine de Ludwig) ; 2° aux troubles trophiques réflexes qu'elle pourra provoquer (pelade, érythème, etc. Jacquet).

La dent de sagesse inférieure, en voie d'éruption, a pu provoquer, par l'intensité de l'infection locale, une propagation septicémique mortelle.

Conclusion.

Tel est donc, à notre avis, l'état de la question au sujet des accidents d'éruption dentaire ; il faut tout d'abord con-





sidérer l'équilibre plus ou moins stable de l'organisme suivant l'âge, et, en second lieu, il faut considérer les influences réciproques du terrain sur l'éruption, et de l'éruption sur le terrain.

On voit l'importance que prennent les questions de nutrition générale sur l'évolution des dents, et leurs accidents doivent être étudiés comme des problèmes de pathologie générale, intéressants à la fois pour le médecin et pour le dentiste.

La communication de M. Frey, à la réunion de l'A. F. A. S., à Cherbourg, a été l'objet d'un travail critique de M. Roy, que nous publierons incessamment, en même temps que la discussion intéressante qui s'est produite à ce sujet, et la réplique de M. Frey, de façon à présenter dans un ensemble l'exposé de cette importante question.

RÉUNIONS ET CONGRÈS

Congrès de l'Association française pour l'Avancement des sciences.

34e SESSION. — CHERBOURG, AOUT 1905.

SECTION D'ODONTOLOGIE

Le Congrès de l'A. F. A. S. qui vient de se tenir à Cherbourg, du 2 au 10 août, a été extrêmement brillant. Nous sommes heureux de constater que la Section d'Odontologie a été l'une des plus actives, et a contribué dans une large mesure à ce succès, par l'importance des questions traitées.

Les lecteurs de L'Odontologie *pourront se persuader dès maintenant de la portée de ce congrès en lisant le compte rendu général que nous en a adressé M. Blatter, secrétaire de la rédaction, compte rendu dans lequel ils trouveront les conclusions de toutes les communications, en attendant de lire les mémoires originaux dont nous publierons la plupart* in extenso.

COMPTE RENDU GÉNÉRAL

La séance d'ouverture du Congrès de l'A. F. A. S. devait avoir lieu officiellement le jeudi 3 août à 3 heures ; cependant, en raison de son programme très chargé, la Section d'Odontologie a dû commencer ses travaux le mercredi 2.

Mercredi 2 août.

Séance du matin.

M. Frey, président, en quelques phrases pleines d'à-propos, souhaite la bienvenue aux congressistes, et se félicite de l'importance prise par la science odontologique, qui, depuis, le Congrès de 1904, a vu sa sous-section se transformer en section, fait heureux dont les conséquences sont considérables, au double point de vue administratif et moral.

Après l'allocution de M. Frey, il est procédé à l'élection définitive du bureau qui se trouve ainsi constitué :

Président : M. Frey, de Paris.

Vice-présidents : MM. Henry, de Cherbourg. Roy, de Paris.

Secrétaire : M. Georges Lemerle, de Paris.

M. Frey propose la constitution d'un certain nombre de commissions chargées de réunir et de classer pendant l'année 1905-1906 les documents concernant l'Odontologie. Conformément à cette proposition, il est créé huit commissions, ayant chacune son but bien défini.

1re Commission : *Orthodontie et prothèse de cabinet.*
2e — : *Etiologie de la carie, et hygiène dentaire.*
3e — : *Polyarthrite alvéolo-dentaire, et érosion chimique.*
4e — : *Anesthésie.*
5e — : *Traitement de la carie.*
6e — : *Prothèse bucco-faciale.*
7e — : *Prothèse d'atelier.*
8e — : *Anatomie, physiologie, stomatologie* [1].

Séance de l'après-midi.

La séance est ouverte à 3 heures.

Il est donné lecture d'une communication de Mlle Tzanck sur l'*Atrophie du maxillaire inférieur dans les races civilisées.* L'idée qui se dégage de ce travail c'est que pour l'auteur, il n'existe aucune relation entre le volume et le poids de la mandibule et le développement intellectuel d'un individu, ainsi qu'on l'a souvent affirmé. Il suffirait de vulgariser dans la race blanche les soins hygiéniques de la bouche, pour voir s'arrêter l'atrophie du maxillaire inférieur, constatée actuellement, et pour que les accidents de dent de sagesse deviennent de plus en plus rares.

M. Frey donne lecture d'un travail de M. Creuzet (de Montpellier) sur l'*Etiologie de la carie dentaire à Montpellier.* Pour M. Creuzet la fréquence de la carie dans cette ville ne tient pas à une question de race, mais à des causes climatériques. Le climat de Montpellier, est cependant très sain en général ; mais si on le considère au point de vue dentaire plusieurs facteurs concourent à sa nocivité : le voisinage de la mer et des étangs, les brusques sautes de vent (et surtout la fréquence du vent du sud, très violent, soufflant avec intermittence,

1. Les lecteurs de *L'Odontologie* ont été avisés (V. *Odontologie*, 15 juin 1905) de la création de ces commissions. Ils peuvent dès maintenant se faire inscrire dans une ou plusieurs de ces sections.

qui occasionnerait de nombreuses arthrites alvéolo-dentaires), enfin l'eau, qui est très calcaire et très riche en microorganismes. En terminant, M. Creuzet fait mention de l'atavisme, car à chaque génération la race perd de sa résistance au point de vue dentaire.

La soirée a été consacrée à une charmante réception offerte aux membres de la Section d'Odontologie par M. Frey, dont l'aimable cordialité s'est une fois de plus affirmée.

Jeudi 3 août.

Séance du matin (démonstrations pratiques).

M. Audy (de Senlis) fait une démonstration pratique sur un nouvel anesthésique local, le *vanil-cocaïn*. Il fait remarquer qu'à dessein il ne s'arrête pas sur la composition chinique du médicament qui fera l'objet d'une communication ultérieure. La technique de l'injection ne présente aucune particularité à noter. La quantité injectée a été de 0 gr. 50 d'une solution aqueuse à 1 0/0. Cette dose infime a permis l'extraction absolument indolore des racines d'une première grosse molaire supérieure droite, dans un cas d'arthrite alvéolo-dentaire.

M. Blatter présente un nouveau masque pour l'anesthésie générale au sœmnoforme ou au chlorure d'éthyle. Ce masque, dû au professeur Cavaillé, de Bordeaux, qui l'a dénommé « *masque physiologique* » est d'une ingénieuse construction. Il permet au malade l'inspiration au début d'une certaine quantité d'air ; il permet également de faire respirer le produit anesthésique pur, sans mélange d'air ; enfin il laisse expirer au dehors l'acide carbonique. A ces avantages, le masque physiologique joint celui, très appréciable, d'être muni de deux tubes métalliques pouvant recevoir chacun une ampoule qui se trouve, en quelque sorte, guillotinée automatiquement, et dont le contenu arrive sans aucune perte dans le masque, qui est en celluloïd. M. Blatter, faute de malades, ne peut faire de démonstration pratique, mais il déclare que les résultats obtenus avec le « masque physiologique » sont remarquables pour la rapidité de l'anesthésie, et le peu d'excitation qui la précède ; on peut même dire que la période d'excitation est supprimée ; en quelques secondes, le sujet se trouve sidéré, même avec une dose de 3 centimètres cubes de sœmnoforme ou de chlorure d'éthyle.

Séance de l'après-midi.

De deux heures à six heures, sauf une interruption pour la séance d'ouverture mentionnée ci-dessus, le bureau de la Fédération den-

TAIRE NATIONALE a tenu une réunion dont on trouvera plus loin (p. 128) le compte rendu.

A 3 h. 1/2 a lieu au Théâtre Municipal la séance d'ouverture du Congrès de l'A. F. A. S.

M. Giard, membre de l'Institut, président, ouvrant la séance, donne la parole au maire de Cherbourg qui souhaite la bienvenue aux congressistes, et les invite à la réception offerte le soir même en leur honneur par la municipalité.

M. Giard fait ensuite une remarquable conférence dans laquelle il expose les influences qu'exercent actuellement sur la biologie les théories du transformisme.

M. Gariel, professeur à la Faculté de médecine de Paris, lit, en l'absence de M. Cartaz, secrétaire général, le rapport de celui-ci sur le précédent Congrès.

Après lecture du rapport du trésorier qui met en évidence l'état florissant de l'A. F. A. S., le président déclare ouvert le Congrès de Cherbourg, et invite les congressistes à se rendre dans leurs sections.

Soirée.

La journée s'achève par la réception des congressistes par la municipalité cherbourgeoise qui avait organisé au Parc Liais brillamment illuminé un magnifique concert.

A 11 heures, les congressistes se sont séparés, en emportant le meilleur souvenir de cette belle soirée.

Vendredi 4 août.

Séance du matin.

M. Brodhurst (de Montluçon) lit un travail intitulé : *De l'emploi judicieux des ciments comme obturation et moyen de rétention en art dentaire.* Cette communication très documentée, a trait à tous les ciments usités ; l'auteur en présente l'étude historique très complète, et insiste particulièrement sur les nouveaux ciments, dits de porcelaine, dans le liquide desquels il signale la présence de chlorure de zinc ; pour éviter l'action caustique de ces ciments, il conseille d'isoler la pulpe par un revêtement d'or à aurifier. La communication de M. Brodhurst très détaillée, et très importante mérite mieux qu'une analyse ; nous nous contenterons aujourd'hui d'en dégager les conclusions :

Les ciments, judicieusement employés, peuvent être utilisés avec profit, si l'on a soin d'observer toutes les règles inhérentes à leur manipulation ; chez les vieillards, en raison de leur affinité pour le tartre qui les protège, ils deviennent très durs, et constituent des

obturations parfaites. Chez les enfants et les personnes nerveuses, ils se recommandent par leur facilité d'emploi ; et, si l'on se rappelle que la désagrégation des ciments est produite par les débris alimentaires, et l'action des bactéries de la bouche, on concluera que la condition essentielle pour leur conserver leur intégrité et leur aspect, est la pratique de soins hygiéniques de la cavité buccale et des dents; l'antisepsie jouera donc un rôle particulièrement utile dans les bouches où se trouvent des cavités cimentées, ou des appareils fixés à l'aide d'un ciment ; on devra dans ces cas, recommander spécialement de pratiquer des lavages répétés, et d'enlever les parcelles alimentaires retenues au collet des dents; on atténuera ainsi les effets nocifs de la salive, et la durée des ciments se trouvera prolongée.

M. BLATTER lit une note sur un *Procédé d'obturation à l'amalgame par la méthode rotative*. Ce procédé consiste dans la condensation de l'amalgame à l'aide de brunissoirs montés sur le tour à fraiser.

M. Blatter applique préalablement au fond de la cavité une feuille d'or à aurifier, afin d'empêcher la coloration ultérieure de la dent ; puis ayant savonné l'amalgame qu'il lave ensuite à la benzine, au chloroforme, et à l'alcool à 90° pour en éviter le noircissement dans la bouche, il en introduit une certaine quantité dans la cavité à obturer ; il condense au brunissoir, et applique sur la couche condensée une feuille d'or, qu'il retire une fois qu'elle s'est saturée de mercure. Il continue ainsi, couche par couche, jusqu'à ce que l'obturation soit complète.

M. Blatter recommande ce procédé, dont il n'a observé que d'excellents résultats, tant pour la durée de l'amalgame, que pour l'absence de rétraction.

M. AUDY donne connaissance de ses *Expériences physiologiques sur l'érythrophléïne*. Il signale les avantages réels qu'il retire de l'emploi de cet alcaloïde dans le traitement de l'hyperesthésie de la dentine, et insiste sur ce fait que ce médicament n'exerce aucune action nuisible sur la pulpe. Il présente aux membres de la section de l'écorce de *l'érythrophleïm* et le chlorhydrate d'érythrophléïne qui en est extrait.

M. Audy conclut que cet alcaloïde peut rendre les plus grands services, étant sans aucun danger pour la vitalité pulpaire ; mais on doit l'employer judicieusement ; une application de vingt-quatre heures suffit pour obtenir un succès certain ; il n'est pas caustique : une goutte de solution d'érythrophléine, laissée en place vingt-quatre heures sur la peau, n'a donné lieu à aucune eschare, ni à aucun signe d'irritation.

Dans une deuxième communication, M. AUDY étudie l'*Acide vanil-*

lique comme anesthésique local, et les effets de sa combinaison avec la cocaïne.

Voici les conclusions de cette étude, faite en collaboration avec M. André. L'acide vanillique, dont la formule est voisine de celle du gaïacol, présente comme celui-ci de remarquables propriétés anesthésiques ; il jouit, de plus, d'une innocuité absolue. Combiné avec la cocaïne à l'état de *vanillate de soude*, il réunit les avantages des deux anesthésiques. Pour les usages dentaires, le vanillate double de soude et de cocaïne est employé en solution dans l'hydrolat de verveine, à cause du pouvoir antiseptique que l'on reconnaît aux essences aromatiques.

On a en somme avec le *Vanil-Cocaïn* l'avantage d'obtenir un renforcement de l'action anesthésique de la cocaïne, et de pouvoir par conséquent utiliser des doses minimes.

Cette communication est suivie de diverses présentations.

M. Delair, fait une *Présentation d'appareils velo-palatins pour enfants.* Depuis de longues années l'auteur a cherché à résoudre cette question. Après de nombreuses tentatives, il est arrivé à une complète réussite. Pour un enfant de 7 ans, atteint d'un bec-de-lièvre complet, M. Delair a construit un appareil de telle façon que celui-ci peut suivre le développement progressif des maxillaires. Le résultat obtenu a été parfait, l'accoutumance rapide, et l'enfant peut s'alimenter facilement et parler distinctement. Il en a été de même pour un autre enfant de quatre ans. M. Delair montre les photographies de ces deux appareils.

M. Delair ne s'en est pas tenu là ; il a également tenté de construire des appareils pour les nouveaux-nés, mais il signale les difficultés énormes que l'on rencontre au cours d'une telle intervention chez un enfant de quelques mois. Son utilité est pourtant incontestable : diverses statistiques, relevées par l'auteur à la Maternité, montrent que nombre d'enfants présentant un bec-de-lièvre, meurent d'entérite ; cette entérite est causée par la déglutition de lait ayant stagné dans les fosses nasales, et s'y étant infecté.

M. Delair termine en disant que les nouveau-nés avec bec-de-lièvre et fissure palatine qui ne peuvent être opérés, peuvent toujours supporter pendant la tétée un appareil de prothèse permettant la succion. Dans cinq cas, dont les moulages sont présentés, les résultats ont été excellents. Les appareils permettent de placer l'enfant dans de bonnes conditions préparatoires, afin de faciliter, dans la mesure du possible, l'intervention ultérieure du chirurgien.

Ces appareils, qui peuvent être facilement confectionnés par le dentiste, sont en caoutchouc mou. La prise de l'empreinte est assez malaisée. Il est nécessaire de confectionner au préalable un petit

porte-empreinte avec une feuille d'étain d'une forte épaisseur. La meilleure substance à empreinte est la gutta-percha.

L'appareil comprend, pour le haut, une plaque base en caoutchouc mou, avec un petit voile également en caoutchouc mou ; dans la portion palatine, deux petites gaines métalliques y sont adaptées, elles sont destinées à recevoir l'extrémité des ressorts. Pour augmenter la résistance de la plaque base, on peut noyer dans le caoutchouc un renfort métallique, qui s'oppose à la déformation de l'appareil. Le bas est constitué par une galerie en caoutchouc rose qui porte à la face linguale deux gaines métalliques auxquelles doit s'adapter l'autre extrémité des ressorts. Un des temps les plus difficiles est la prise de l'articulation. M. Delair l'obtient avec de la terre glaise appliquée sur une petite plaque base de cire.

L'appareil n'est mis en place qu'au moment des tétées. Les résultats obtenus sont surprenants, et les appareils présentés sont très appréciés de toute l'assistance.

M. Pont (de Lyon) lit l'observation d'une malade atteinte d'un *Epulis volumineux récidivé* du maxillaire supérieur droit.

Cliniquement la tumeur présentait l'aspect d'un épithélioma, mais sans envahissement ganglionnaire. Au point de vue histologique c'était un épulis fibreux, avec des éléments fuso-cellulaires, et, çà et là, des productions épithéliales ayant l'aspect des blocs épidermiques. La tumeur avait été considérée comme bénigne ; mais à la suite de sa récidive confirmée, il fut permis de supposer que l'on se trouvait en présence d'une tumeur maligne. M. Pont agit donc en conséquence, et pratiqua une résection large de la tumeur et du maxillaire au niveau de son point d'implantation.

M. Pont présente une nouvelle lampe électrique destinée à l'exploration du sinus, ou à l'éclairage de la cavité buccale au cours des interventions dentaires. Cette lampe, fusiforme, est emprisonnée dans une gaine métallique garnie de caoutchouc pour éviter la chaleur transmise au métal.

Séance de l'après-midi.

M. Godon lit une communication ayant pour titre : *Quelques considérations sur l'action mécanique de la mâchoire dans la mastication. Applications à la dentisterie opératoire et à la prothèse.*

Après des considérations générales sur les fonctions multiples des organes dentaires, au triple point de vue de la mastication, de la phonation, et de l'esthétique, M. Godon insiste sur la nécessité, pour tout praticien, de bien se pénétrer de l'importance des rapports réciproques des mâchoires entre elles et des arcades dentaires. Lorsque

les dents sont au complet, le maintien de l'articulation normale se trouve assuré ; un certain nombre de dents viennent-elles à faire défaut, l'équilibre est rompu ; cette perte de dents diminue la surface masticatoire qui se trouve, de ce fait, répartie entre les dents restantes ; celles-ci subiront un certain degré de déviation, dont les ligaments alvéolo-dentaires supporteront les conséquences.

Lorsque le praticien sera appelé à rétablir l'intégrité de l'arcade dentaire, soit par une obturation, une couronne ou un appareil quelconque, il devra tenir compte des différentes positions physiologiques, et des rapports réciproques des dents.

Pour M. Godon :

1° L'examen de la bouche, *pour être complet,* doit comprendre l'examen de l'articulation des arcades dentaires à l'aide d'empreintes d'étude ;

2° Le traitement dentaire, *pour être complet,* doit comprendre la restauration des divers plans d'articulation des contacts triturants ou latéraux, afin que les dents restaurées s'engrènent avec leurs antagonistes ;

3° Dans les diverses opérations de dentisterie il faut tenir compte de ces considérations, qu'il s'agisse d'une couronne, ou d'une opération quelconque ;

4° Il doit en être de même en prothèse ; par conséquent on doit proscrire, à moins de nécessité absolue, les appareils dits à dents plates, c'est-à-dire sans tubercules ;

5° Les extractions doivent être aussi rares que possible, et pratiquées uniquement dans le cas de force majeure. La conservation de la dent de six ans doit particulièrement être l'objet de la sollicitude du dentiste ;

6° Dans le traitement des irrégularités, la méthode de l'extension doit être préférée aussi souvent que possible à la méthode d'extraction.

M. Delair dans une deuxième communication cherche à rendre évident aux yeux du public le rôle important du dentiste concourant au bien de l'humanité.

« Blessés du travail, s'écrie-t-il en terminant, mutilés de la guerre, opérés ou avariés, à tous le chirurgien-dentiste moderne peut apporter du soulagement. Et la confiance généralement accordée aux dentistes instruits d'aujourd'hui par les médecins et chirurgiens, ne peut désormais qu'encourager les uns et les autres à faire plus et mieux encore, ce qui ne peut manquer de se réaliser pour cette grande œuvre chère à tous : le soulagement de l'humanité. Voilà ce que le grand public ne savait pas, voilà ce qu'il devait savoir, et ce qu'il sait aujourd'hui ! »

M. Frey donne connaissance d'une importante communication sur les *Accidents d'éruption dentaire et le terrain*, communication que nous publions d'autre part.

M. Roy, dans une réponse, qui sera publiée ultérieurement avec la discussion générale et la réponse de M. Frey, tout en admettant l'influence du terrain organique sur l'éruption des dents, s'élève contre l'influence attribuée par M. Frey, à l'éruption des dents sur le terrain organique de l'enfant. Il se base sur l'absence de réaction semblable provoquée par le développement physiologique de tous les autres organes et sur l'importance, somme toute, secondaire dans l'organisme du développement dentaire si on le compare à celui des différents autres organes du tube digestif.

M. Frey donne lecture d'une observation relatant un cas d'*Eclatement par arme à feu de toute une branche du maxillaire inférieur*, chez un jeune soldat qu'il a soigné au Val-de-Grâce. L'auteur présente des appareils, ingénieusement combinés, qui ont servi à redresser le maxillaire inférieur dévié, et à le maintenir en bonne position ; cela a permis une intervention chirurgicale ultérieure, particulièrement efficace sur la branche montante du maxillaire, opération qui a été pratiquée par le professeur Mignon ; ils se composent essentiellement d'un casque et d'une gouttière. Le casque est constitué par deux lames d'acier disposées en croix, et reliées par deux rivets ; à leur extrémité, elles sont légèrement recourbées en dehors, et celle de gauche se prolonge le long de la branche montante du maxillaire, en y prenant point d'appui grâce à une attelle, munie à son extrémité inférieure d'un anneau métallique. D'autre part la gouttière enserre à l'aide d'anneaux en or les grosses molaires de la mâchoire inférieure. De la partie antérieure part une tige en bronze d'aluminium, dont la courbure en demi-cercle facilite les mouvements des lèvres ; cette tige porte un crochet à son extrémité. Un élastique puissant réunit les deux pièces précédentes, allant de l'anneau de l'une au crochet de l'autre ; c'est lui qui exerce la traction qui doit s'opérer de droite à gauche. Pour empêcher la rotation du casque, une sangle est fixée sur les lames au niveau du front, et vient s'attacher en arrière.

En terminant, M. Frey saisit l'occasion d'exprimer le vœu que les chirurgiens-dentistes soient officiellement rattachés à l'armée, étant donnés les services que, de plus en plus, ils sont appelés à rendre. Le vœu de M. Frey, adopté à l'unanimité, sera transmis au Conseil de l'A.F.A.S. qui le fera parvenir aux pouvoirs publics.

Il est procédé à l'élection du bureau de la Section d'Odontologie pour la session de l'A.F.A.S. qui se tiendra à Lyon dans les premiers jours du mois d'août 1906. M. Frey est élu président par acclama-

tions ; la Section a renouvelé à M. Godon pour trois ans le mandat de délégué au Conseil de l'A.F.A.S.

M. Delair est nommé membre de la commission des subventions de l'A.F.A.S.

Ce même jour (vendredi 4 août) l'A.F.A.S. avait offert aux congressites une charmante promenade dans la merveilleuse rade de Cherbourg, à la digue et à l'île Pelée sur un bateau spécialement affrété, d'où ils ont pu assister au spectacle grandiose de l'arrivée au grand complet de l'escadre du Nord. Le soir, un banquet amical a réuni les membres de la Section d'Odontologie, à la suite duquel d'éloquents discours ont été prononcés. MM. Frey, Dubeau, Godon, Delair, Henry, Chateau, Pont, Brodhurst, Sauvez, Roy et Blatter ont tour à tour pris la parole, et des toasts chaleureux ont été portés à la nouvelle Section d'Odontologie et à son succès futur à Lyon en 1906.

Samedi 5 août.

Séance du matin.

M. Frey donne lecture au nom de M. JACQUET d'un *Essai sur la répercussion cutanée des irritations dentaires.* Voici les conclusions de l'auteur : « L'ensemble des faits, dont je viens de présenter la synthèse est intégré par la loi suivante, déduite d'un très grand nombre d'observations : *une excitation des terminaisons nerveuses du trijumeau dentaire a sa répercussion constante au cuir chevelu et à la face, chaque tissu réagissant suivant sa fonction propre.*

M. Frey lit également, au nom de MM. JACQUET ET CRAMER l'observation d'un *Zona ophthalmique, d'origine dentaire.* Les auteurs concluent à l'origine périphérique et non médullaire de ce zona ; les théories névritique et ganglionnaire, loin d'être inconciliables, leur paraissent toutes deux nécessaires à la compréhension des faits.

M. GRANJON, de Marseille, complète sa communication du Congrès de Grenoble sur l'*Anesthésie des tissus dentaires et péridentaires.* Il donne de nouveaux arguments en faveur de l'emploi du mélange *cocaïne et adrénaline*, en solution éthéro-alcoolique concentrée, pour l'anesthésie de la dentine et de la pulpe, en solution aqueuse étendue pour les extractions et les petites opérations buccales. M. Granjon préfère généralement cette méthode d'anesthésie à l'emploi de procédés anciens ou récents, par exemple de l'érythrophléine et de la stovaïne. Il insiste particulièrement sur les excellents résultats obtenus dans le traitement de la pyorrhée par l'usage de l'agent anesthésique et hémostatique qui permet d'atteindre facilement les poches de pus, et de faire pénétrer les liquides modificateurs au contact intime des tissus.

Séance de l'après-midi.

M. Roy, de Paris, présente les moulages et l'observation d'une enfant de 7 ans atteinte d'un *Fibrome diffus des mâchoires* ayant pris un développement considérable, au point que l'enfant ne pouvait plus fermer les lèvres entre lesquelles la partie antérieure du maxillaire faisait saillie. Ce fibrome occupait toute l'étendue des bords alvéolaires en haut et en bas. A la mâchoire inférieure, l'éruption des dents s'était faite à peu près régulièrement. Mais à la mâchoire supérieure aucune dent, temporaire ou permanente, n'avait fait son éruption.

La malade a été opérée par M. le professeur Berger, au mois d'avril dernier et, à l'heure actuelle, elle paraît complètement guérie avec un système dentaire presque normal. On a trouvé en effet sous la tumeur du maxillaire supérieur toutes les dents temporaires dans leur état de résorption normale et un certain nombre de dents permanentes (dents de 6 ans, incisives centrales et latérales) sorties normalement de l'alvéole.

Cette tumeur examinée au microscope a été trouvée formée de fibrome avec des prolongements épithéliaux papillaires dans la profondeur.

M. Hugot, dans une intéressante communication sur le *Traitement du 4e degré*, donne une statistique personnelle, résultant d'une pratique de neuf ans, et portant sur 979 cas. 385 de ces cas ont été soumis à la thérapeutique ordinaire, et 584 ont été traités selon le procédé décrit par l'auteur. Nous publierons dans un de nos plus prochains numéros le travail de M. Hugot ; disons seulement que sa statistique dénote une amélioration sensible dans les résultats obtenus, surtout en ce qui concerne le traitement du 4e degré avec complications.

M. Chateau (de Grenoble) lit un travail sur l'*Hygiène buccale individuelle et collective du soldat*, et conclut ainsi : Nous demandons en ce qui concerne l'hygiène :

1° Qu'une circulaire ministérielle vienne appeler l'attention des chefs de Corps d'armée sur l'importance de l'hygiène buccale au point de vue de la santé générale des troupes ;

2° Qu'il leur soit donné toute latitude pour l'achat de brosses à dents, de dentifrices bon marché, réunissant les conditions indispensables, de tonnelets contenant une solution antiseptique pour le lavage de la bouche, et destinés à être placés dans les lavabos ;

3° Que l'on prescrive l'apposition dans les lavabos des compagnies de l'affiche contre la carie dentaire ;

4° Que l'on charge officiellement un chirurgien-dentiste par garnison, de faire des conférences sur l'hygiène buccale (ce dernier vœu tomberait naturellement devant la nomination de chirurgiens-dentistes militaires).

Au point de vue des soins dentaires, nous demandons :

1° Que le principe de l'obligation de ces soins soit admis ;

2° Que d'une façon générale, alors même que des circonstances regrettables empêcheraient la lutte indirecte contre la carie dentaire, les corps de troupes soient autorisés à traiter avec certains dentistes civils pour les soins à donner aux soldats ;

3° Qu'il soit créé des chirurgiens-dentistes militaires (au moins un par garnison). Les chirurgiens-dentistes militaires seraient chargés, avec l'aide de mécaniciens spéciaux et des étudiants, de poursuivre l'étude de la prothèse de guerre (appareils de fractures, appareils de prothèse osseuse des membres).

M. Chateau présente également une intéressante étude, très documentée, sur les *Charlatans anciens et modernes*.

Il est donné lecture, au nom de M. Amoedo, d'une étude sur les tumeurs des maxillaires. Voici les conclusions de M. Amoëdo :

La lutte entreprise un peu partout contre les tumeurs cancéreuses, et le peu de résultat obtenu jusqu'ici a cependant abouti à cette conclusion très ferme, qu'il est utile pour le malade atteint, de recourir au chirurgien dès le début de la maladie. Que de fois n'avons-nous pas entendu nos maîtres des hôpitaux déclarer leur intervention armée inutile, parce que le malade était venu trop tard. Un diagnostic hâtif d'une tumeur est donc en général d'une grande utilité pour le malade. C'est là une notion vraie pour toutes les régions de l'organisme, mais vraie, surtout, pour les tumeurs des maxillaires.

Il ressort de ces idées que le dentiste, qui par la nature de ses fonctions, inspecte, dans toutes ses parties, la bouche de ses clients (rebord gingival, corps des maxillaires, etc.) doit être à même de noter la moindre irrégularité ou néoformation des parties, et peut avertir le malade dès le début d'une affection de ce genre. Le dentiste devient donc ainsi pour le chirurgien un important collaborateur. Muni d'un bagage scientifique sérieux il doit être à même de dépister les tumeurs des maxillaires au début, et permettre au chirurgien de pratiquer son intervention à une époque de la maladie où toutes les chances de guérison sont en sa faveur.

M. Georges Lemerle, secrétaire de la section, lit, au nom de M. de Névrezé, une communication sur le *Traitement des suppurations chroniques du sinus maxillaire,* dont voici les conclusions :

A. La méthode endo-buccale de Sebileau trouve ses indications absolues chaque fois qu'il est nécessaire :

1° D'assurer un drainage large ;

2° De se rendre compte *de visu* de la progression ou de la régression d'une lésion des parois du sinus (complication orbito-oculaire, sinusite avec vaste lésion osseuse, etc...).

B. L'opération de Sebileau, qu'elle soit large ou restreinte, donne des résultats *absolument constants*. Elle apporte toujours la guérison soit sans orifice bucco-sinusal (dans les 3/4 des cas), soit avec un orifice bucco-sinusal, dont les dimensions sont toujours extrêmement réduites ; ces derniers cas tenant presque toujours à de récentes opérations, doivent se terminer par la guérison.

C. La méthode endo-buccale de Desault, modifiée avec tamponnement, donne également des résultats *constants*. Elle détermine toujours la guérison, mais avec persistance d'une large communication bucco-sinusale (orifice cicatriciel). Cet inconvénient suffit à lui seul à faire rejeter cette méthode.

D. La méthode endo-nasale de Caldwell-Luc se base sur des observations trop dissemblables quant à l'acte opératoire lui-même, pour qu'il puisse être formulé des conclusions définitives ; elle a donné des résultats *inconstants*, et demande de nouvelles études et de nouveaux travaux. Elle ne présente *en aucun cas d'indications absolues* parfaitement nettes.

Lundi 7 août.

M. Frey, obligé de quitter Cherbourg, cède la présidence à M. Henry, vice-président.

M. Rigolet (d'Auxerre) lit un travail sur l'*Opportunité de l'extraction des dents chez les diabétiques*.

Il communique également l'observation d'un cas intéressant de pelade d'origine dentaire.

M. Hugot présente un *Nouveau porte-déchets*, destiné à recevoir les morceaux de coton un peu volumineux, les disques ayant servi, et autres débris ou résidus encombrants. Cet appareil, très pratique, est appelé à rendre de grands services dans nos cabinets d'opérations.

L'ordre du jour étant épuisé, le président déclare close la session de la Section d'Odontologie ; il remercie ses confrères d'avoir, par leurs travaux, contribué au succès de la 9e réunion dentaire nationale, et les exhorte à apporter au Congrès de Lyon, en 1906, le même zèle et la même ardeur.

Nous ne voudrions pas terminer ce compte rendu sans accomplir un très agréable devoir : ayant assumé la tâche de donner aux lecteurs

de *L'Odontologie*, jour par jour, dans le plus bref délai, la substance même des travaux du Congrès, nous tenons à remercier tous les confrères qui ont bien voulu faciliter notre travail, et nous rendons hommage particulièrement à MM. Henry et Leroux, de Cherbourg, pour le dévouement dont ils ont fait preuve dans l'organisation de la Section.

Nous émettrons cependant un regret : celui de n'avoir pas vu les dentistes effectuer en plus grand nombre le voyage de Cherbourg. Le congrès, par l'importance des questions portées au programme, promettait pourtant, comme on peut le voir par ce compte rendu, d'être d'un grand intérêt, et nous n'avons pas été déçus. Décidément le Français serait-il casanier ?

Nous espérons que le Congrès de Lyon, en 1906, contribuera à détruire cette légende.

BLATTER.

F. D. N.

FÉDÉRATION DENTAIRE NATIONALE

Séance du Bureau, 3 août, 1905.

Le jeudi 3 août, le bureau de la F. D. N. s'est réuni et après avoir entendu M. Sauvez rappeler les résultats de la dernière assemblée générale, a pris un certain nombre de décisions :

1° Le rapport de M. Hugot sur l'*Hygiène dentaire* sera envoyé aux pouvoirs publics, accompagné de conclusions précises résumant les vœux de la F. D. N. sur ce sujet ;

2° A propos de l'orientation générale de la profession le vœu suivant est adopté :

Considérant les divergences qui se sont produites au sujet de la situation légale des différents éléments qui, à des titres divers, exercent l'art dentaire, ou concourent à en assurer l'exercice (chirurgiens-dentistes, médecins-dentistes, dentistes patentés, assistants : élèves des écoles, mécaniciens) ;

Le bureau de la F. D. N., réuni dans sa séance du 3 août 1905, exprime l'avis que la loi de 1892 qui est actuellement la seule base légale de la profession, soit appliquée d'une manière large et bienveillante dans l'intérêt général du public et de la profession tout entière, suivant une pensée de justice, mais aussi de défense des droits de chacun ;

3° Le bureau de la F. D. N. émet le vœu que les deux premiers examens pour le grade de chirurgien-dentiste puissent être subis à la fin de la deuxième année d'études, et que cette modification soit comprise, s'il est possible, dans le programme général de réforme des études dentaires en voie de préparation ;

4° Considérant que les réformes de l'enseignement dentaire, présentées par le groupement de l'École dentaire de Paris, et appuyées par la F. D. N., ont été adoptées par la commission de médecine et de pharmacie ;

Considérant que le ministre de l'Instruction publique a déclaré dans sa lettre en date du 2 juillet 1905 qu'il est nécessaire pour mettre en pratique ces réformes que l'Assistance publique adopte préalablement les modifications soumises à son Conseil de surveillance ; le bureau de la F. D. N. prie l'Assistance publique de vouloir bien hâter l'adoption des mesures proposées par son Directeur pour l'établissement

de rapports officiels avec les écoles dentaires reconnues d'utilité publique;

5° Considérant la décision prise par le directeur de l'Assistance publique en faveur de M. Brodhurst, chargé officiellement par lui de donner des soins aux enfants assistés; le bureau de la F. D. N. émet le vœu que cette mesure soit généralisée et que, partout où cela sera nécessaire, l'Assistance publique nomme des chirurgiens-dentistes pour donner des soins dentaires convenables aux enfants assistés dont elle a la charge;

6° Le bureau décide de se mettre en rapport avec la Société de prévoyance de l'Association générale des Dentistes de France pour examiner dans quelle mesure tous les membres de la F. D. N. pourraient participer aux avantages de la Caisse de prévoyance de l'Association générale des Dentistes de France.

F. D. I.

FÉDÉRATION DENTAIRE INTERNATIONALE

SESSION DE HANOVRE

7 août 1905

La Fédération dentaire internationale a tenu sa session annuelle à Hanovre le 7 août après la réunion de la *Centralverein Deutscher Zaharzte*.

La réunion de cette année était la première de la seconde période de fonctionnement de la Fédération. En effet la F. D. I., fondée à Paris par le Congrès international de 1900, est une émanation des Congrès internationaux, dont elle assure en quelque sorte la pérennité; elle est, suivant l'expression de son secrétaire M. Kirk, un comité intérimaire représentant le chaînon qui réunit tous les Congrès internationaux dans une organisation commune.

Dans ces conditions, la première partie de sa tâche s'achevait avec le Congrès de Saint-Louis en 1904. A l'issue de celui-ci, ses pouvoirs lui ayant été confirmés il fallait déterminer l'organisation de la Fédération et son plan de travail pour cette deuxième période qui prendra fin avec le 5e Congrès dentaire international à Berlin en 1909. C'est la tâche que s'était assignée la F. D. I. à sa réunion de Hanovre.

La session s'est tenue dans Tivoli, sorte de jardin concert disposant de salles assez vastes où s'était tenu également la *Centralverein Deutscher Zaharzte*.

La session avait été limitée par le bureau à une séance du Conseil exécutif actuellement composé de cinquante membres, elle était présidée par M. W. Miller, de Berlin, président de la F. D. I., de nombreux délégués étaient présents.

MM. Godon et Sauvez représentaient la France, MM. Pont et Roy empêchés au dernier moment n'avaient pu se rendre à Hanovre. Citons MM. Harlan (de New-York), Brophy (de Chicago), Weiser et Zsigmondy (de Vienne), Aguilar (de Madrid), Rosenthal (de Bruxelles), Bryan (de Bâle), Haderup (de Copenhague), Schaeffer-Stuckert (de Francfort-sur-le-Mein), etc., etc. Sauf M. Mummery, la nouvelle délégation anglaise était au complet ; quatorze pays étaient régulièrement représentés.

En ouvrant la séance, le président souhaite la bienvenue aux membres du Conseil des différents pays qui répondent à l'adresse du président. Puis l'on aborde l'ordre du jour (Voir *Odontologie*, juillet 1905, p. 45) qui débute par le rapport du président sur la marche de la F. D. I. depuis le Congrès de Saint-Louis; il relate ses démarches et pourparlers avec la *British Dental Association* qui ont été couronnés de succès puisque à la dernière réunion de Southport, cette Société a enfin donné son adhésion à la F. D. I. et nommé cinq délégués officiels.

C'est le fait capital de la session, car maintenant la F. D. I. a l'appui des principaux pays dentaires du monde. Puis on passe à la lecture du rapport de M. Kirk (de Philadelphie), secrétaire général, qui s'est vu, par suite d'un incident de famille, dans l'impossibilité d'assister à la session. Il est renommé secrétaire général à l'unanimité.

M. Aguilar présente son rapport de trésorier qui est adopté.

Le président présente quatre articles nouveaux à ajouter au règlement pour préciser et limiter l'action de la F.D.I. Une discussion des plus complètes s'élève à ce sujet.

Ces articles sont successivement adoptés ainsi que des amendements de MM. Paterson et Sauvez. Les articles adoptés après discussion et amendements sont ainsi conçus :

1) *Les désirs des comités nationaux doivent être déterminants pour tout ce qui concerne leurs pays respectifs. Nulle agitation et nul travail d'une espèce quelconque ne doit être commencée par la F.D.I. ou les commissions dans aucun pays contre les désirs exprimés par le Comité national de ce pays.*

Les rapports des diverses Commissions doivent être présentés au Conseil exécutif de la F.D.I. Ils seront imprimés et envoyés à tous les membres du Conseil exécutif pour leur permettre de consulter à ce sujet les Associations nationales qu'ils représentent. Aucun rapport ne deviendra officiel avant d'avoir été adopté par le Conseil exécutif de la F.D.I.

2) *Toutes les nominations dans un pays, comme membres des Commissions ou des Comités quelconques, doivent être faites sous la sanction du Comité national de ce pays.*

3) *Les Comités nationaux doivent essayer d'obtenir la reconnaissance et l'appui des organisations dentaires représentatives de leurs pays respectifs et, en conséquence, de procéder comme de vrais représentants de la profession dans leurs pays.*

4) *Les personnes qui désirent l'admission à la F.D.I. doivent avoir la qualification légale du pays dans lequel elles ont reçu leur éducation ou de celui dans lequel elles exercent leur profession.*

Une question est soulevée au sujet de la définition des Comités

nationaux et de leurs pouvoirs par M. Campion (de Londres), cette question fera l'objet d'un rapport spécial à la prochaine session.

On aborde ensuite la lecture et la discussion des différents rapports des commissions.

M. Brophy donne lecture de son rapport sur l'éducation dentaire qui donne lieu à une intéressante discussion.

Puis il est donné lecture des rapports sur l'hygiène dentaire dans les différents pays par M. Guye, de Genève, et par M. Schaeffer-Strucker de Francfort-sur-le-Mein, rapports des plus intéressants ; le dernier de ceux-ci donne lieu à l'adoption de la résolution suivante :

La Commission d'hygiène prend acte de ce fait qu'une meilleure appréciation de la valeur de l'hygiène dentaire a été reconnue dans différents pays depuis l'époque de la réunion de Stockholm (1902).

La Commission pense qu'un large appui des autorités d'Etat et des autorités locales est une condition essentielle pour le développement ultérieur de ses travaux et qu'il est désirable qu'une institution d'hygiène dentaire soit jointe aux institutions d'hygiène générale organisées par le gouvernement des différents pays.

Une discussion s'engage ensuite sur l'organisation d'une nouvelle commission, celle des services dentaires de l'armée et de la marine, qui est adoptée.

M. Guerini, de Naples, soulève une discussion assez vive sur la question des réformes d'enseignement dentaire projetées dans son pays.

M. Chiavaro, de Rome, répond aux critiques de son compatriote. MM. Brophy, Platschick, Aguilar et Godon appuient les revendications de M. Guerini et finalement le conseil adopte, sur la proposition de M. Paterson, l'ordre du jour suivant qui met fin à la discussion à la satisfaction de notre confrère napolitain et qui montre l'action utile que peut exercer la F. D. I. dans les différents pays :

En réponse à la demande de M. Guerini, le Conseil exécutif de la F. D. I. à l'unanimité, est d'avis que les règlements d'Etat doivent comprendre l'établissement d'écoles dentaires convenablement organisées, l'établissement de programmes d'études et de diplômes suivant les grandes lignes du schéma adopté par la F. D. I. à sa session de Stockholm en 1902.

La Société odontologique de Rio-Grande (Brésil), sur le rapport de M. Riedel, de Porto-Alègre, est admise comme adhérente à la F. D. I.

Un rapport sur les services dentaires de l'armée et de la marine par M. Donally, de Washington, est renvoyé à la commission compétente. Un rapport sur la situation de l'enseignement de l'art dentaire en Belgique obtient les félicitations générales.

L'organisation de la commission de jurisprudence est ajournée au prochain meeting. Les commissions de nomenclature et d'histoire de l'art dentaire sont organisées la première, avec le Dr Greevers, d'Amsterdam, comme président et la seconde avec M. Thorpe, de Saint-Louis et Guerini, de Naples.

Des modifications sont apportées à la commission de la presse dont M. Harlan, de New-York, est nommé président. M. Roy, de Paris, est nommé membre de cette commission.

L'article 8 du programme est renvoyé à la commission d'hygiène.

Un rapport est lu sur l'article 9 par M. Haderup de Copenhague avec nomination d'une commission.

On entend encore un autre rapport de M. Smith-Housken, de Christiania, sur l'enseignement en Norvège.

Enfin sur la proposition de M. Guye, de Genève, au nom de la *Société odontologique Suisse* appuyée par M. Sauvez, au nom de la *F. D. N. française*, Genève est choisi comme le lieu de la prochaine réunion au mois d'août 1906.

Voilà, très résumé en ces quelques notes envoyées hâtivement, le travail de la session, de Hanovre de la F. D. I.

Je ne puis, parce que cela m'entraînerait trop loin, donner les détails que cela comporterait sur tous les rapports présentés et les discussions intéressantes auxquelles ils ont donné lieu. Il me suffira de dire que, par les résultats déjà obtenus, cette session vient heureusement prendre sa place à côté de celles qui l'ont précédée à Paris, Cambridge, Stockholm, Madrid et Saint-Louis de 1900 à 1905. Le développement et l'avenir de la F. D. I. paraît maintenant assuré pour sa seconde période de fonctionnement qui se terminera au 5e Congrès dentaire international, qui doit avoir lieu à Berlin en 1909.

Enfin on peut dire que tout l'honneur du succès de cette session revient au professeur W. D. Miller, de Berlin.

Ce sont ces résultats que tous les orateurs ont tour à tour mis en lumière dans les différents toasts qui ont été prononcés au banquet qui a suivi le soir, cette féconde journée. Tour à tour les différents collaborateurs de cette grande œuvre internationale ont reçu leur part des félicitations des congressistes et parmi eux on n'a pas oublié les délégués français dont on a rappelé le rôle prédominant dans la création de ce grand groupement international. C'est au milieu du plus grand enthousiasme que s'est terminé ce banquet où l'on s'est donné rendez-vous à Genève pour l'année prochaine.

Ch. Godon.

CONGRÈS DU CENTRALVEREIN DEUTSCHER ZAHARZTE

HANOVRE, AOUT 1905

Le Congrès de la *Centralverein deutscher Zaharzte*, qui s'est tenu à Hanovre du 4 au 6 août, a été, comme les précédents, extrêmement brillant ; plus de deux cent cinquante adhérents y ont assisté, venus, non seulement de toutes les provinces allemandes, mais aussi de la plupart des pays d'Europe, dont presque tous les groupements dentaires avaient tenu à se faire représenter.

Les séances ont eu lieu à Tivoli, vaste jardin public où s'élèvent de grands bâtiments comprenant des salles spacieuses et parfaitement disposées pour ce genre de réunion.

C'est le professeur MILLER qui a présidé la séance d'ouverture, assisté du Dr Kuhns, président de la *Niedersachsirche Verein*. Les communications ont été nombreuses et intéressantes. Nous citerons particulièrement celle du professeur MILLER sur les *Théories nouvelles de l'étiologie de la carie dentaire*. A mentionner également les travaux suivants, très développés et très importants :

Résection des kystes radiculaires, par le professeur PARTSCH ;

Physionomie et destruction dentaire, par le Dr RÖSE ;

L'esthétique dans l'art dentaire, par le Dr RIEGUER.

Le programme du Congrès ne comportait pas de démonstrations pratiques. Seul, le Dr MAMLOK, bien connu par ses travaux sur les obturations de porcelaine, a procédé à la cuisson d'une petite molaire confectionnée avec la pâte de Jenkins ; le Dr KORBITZ a, en outre, présenté un nouvel articulateur très ingénieux. Ce sont, en somme, les communications orales qui tiennent la plus grande place dans les Congrès de la *Centralverein deutscher Zaharzte*. Elles sont, en général remarquablement exposées, et minutieusement mises au point, avant d'être publiquement présentées ; les auteurs s'attachent à les rendre attrayantes, et à ne jamais laisser tomber l'attention de l'assistance : ils y sont d'ailleurs aidés par tout un matériel d'enseignement, qu'ils ont à leur disposition, et qui comprend, notamment, des appareils à projections. Les Allemands ne négligent rien pour assurer le succès de leurs Congrès, auxquels les dentistes les plus réputés réservent la primeur de leurs travaux.

Nous exprimons au Comité national d'organisation du *Neidersachsirche Verein* et de la *Centralverein deutscher Zaharzte* nos félicitations pour le succès qui a couronné ses efforts, et nos remerciements pour l'hospitalité cordiale que ces deux sociétés ont bien voulu réserver au délégué de l'Ecole dentaire de Paris et de *L'Odontologie*.

R. HEIDÉ.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ D'ODONTOLOGIE DE PARIS

Séance du mardi 11 juillet 1905.

Présidence de M. DELAIR, président.

La séance est ouverte à 9 heures.

I. — CORRESPONDANCE.

M. Blatter, secrétaire adjoint, donne lecture d'une lettre par laquelle M. Foveau de Courmelles demande ce qu'est devenu le texte de sa communication orale de l'an dernier à la Société d'Odontologie, communication non publiée depuis, malgré les additions demandées à M. Foveau de Courmelles par M. Friteau et qui lui ont été données aussitôt.

Il communique également une lettre de M. Louis Lemieux, dentiste de Québec (Canada), de passage en France, s'excusant de ne pouvoir assister pour raison de santé à la séance de la Société d'Odontologie.

M. le président fait part d'une lettre du recteur de l'Université Laval, à Montréal, adressée à M. Dubeau, directeur de l'Ecole dentaire française, et chargeant celui-ci d'une mission extraordinaire en Europe afin d'y étudier l'enseignement de l'art dentaire.

M. Godon. — La lettre dont il vient de vous être donné lecture est adressée, comme vous venez de l'entendre, par le recteur de l'Université Laval à M. Dubeau, qui a été envoyé comme délégué au Congrès de l'association dentaire britannique et qui a eu de plus pour mission de continuer son voyage d'études en France, en Suisse, en Espagne et dans les différents autres pays d'Europe.

M. Dubeau nous a fait l'honneur de venir à l'Ecole dentaire de Paris afin d'y étudier notre enseignement.

La Société d'Odontologie est heureuse de recevoir ce distingué confrère qui représente officiellement l'Ecole dentaire de Montréal, la première école dentaire de langue française d'Amérique.

Je suis certainement l'interprète de nos confrères présents en témoignant à M. Dubeau la joie de le compter parmi nous ce soir. Nous espérions avoir également au milieu de nous M. Lemieux, dentiste établi à Québec, membre du bureau du Collège des chirurgiens-dentistes de cette ville, mais notre confrère a été retenu, plus longtemps qu'il ne le pensait, dans le midi de la France pour cause de maladie. Nous re-

grettons son absence. Nous avons également à Paris un de nos amis qui n'est pas dentiste, mais qui est ami des dentistes : M. Philippe Hébert, un des plus grands sculpteurs du Canada.

Il s'intéresse depuis longtemps à l'évolution de l'Odontologie ; M. Philippe Hébert a bien voulu faire la maquette d'une gravure qui figure, depuis 1900, sur la plupart de nos comptes rendus, notamment sur celui du Congrès international de 1900. J'ai pensé que la réception faite ce soir à un de ses compatriotes l'intéresserait, d'abord parce qu'il est canadien, ensuite parce qu'il rencontrerait ici l'accueil que nous faisons aux hommes éminents qui portent un intérêt à notre institution. Nous avons prié M. Hébert de bien vouloir prendre place au bureau à côté de son compatriote M. Dubeau.

II. — Sclérodermie congénitale généralisée.

M. le président. — Je devrais, d'après l'ordre du jour, donner la parole à M. Dubeau pour sa communication sur l'art dentaire au Canada; mais il est de coutume, à la Société d'Odontologie, que les présentations de malades aient la priorité sur les autres communications. Je donne la parole à M. Loriot pour sa communication, avec présentation du malade, sur un cas de sclérodermie congénitale généralisée.

M. Loriot donne lecture de sa communication et ajoute : j'ai pensé que le cas que j'allais vous soumettre ce soir vous intéresserait. Vous allez en juger par vous-même, puisque le malade va se prêter à votre examen (le malade est introduit).

Discussion.

M. Blatter. — Ce malade offre le plus grand intérêt au point de vue des malformations bucco-faciales. Il nous a été présenté le 24 mai au cercle des D. E. D. P. M. Loriot nous a fait à son sujet une communication, M. Hugot et moi nous avons pensé qu'il y aurait intérêt à ce que M. Loriot présentât le malade à la Société d'Odontologie ; pour ma part, je remercie M. Loriot d'avoir bien voulu tenir sa promesse.

M. Mahé. — J'ai été frappé, dans une observation analogue, de constater que la lésion initiale de cette terrible affection avait débuté par une périodontite expulsive avec atrophie progressive des maxillaires. Seulement le cas dont je vous parle, était une sclérodermie acquise, tandis que celui présenté par M. Loriot est d'origine congénitale, fait de beaucoup plus rare.

M. Roy. — Ce malade est très intéressant par sa maladie elle-même et par le caractère congénital de celle-ci qui n'évolue en général que vers 25 ou 30 ans.

L'étiologie de la sclérodermie est encore assez obscure ; elle paraît

être sous la dépendance de troubles nerveux et d'altérations du corps thyroïde ce qui rattache cette maladie d'une part au goître exophtalmique, affection avec laquelle on l'a vu coïncider, d'autre part avec le myxœdème dont ce malade présente certains signes qui feraient de son cas particulier un cas complexe de myxœdème et de sclérodermie.

Le corps thyroïde chez lui est extrêmement réduit s'il existe ; je n'ai rien senti du côté du lobe gauche, mais du côté droit il y a peut-être un petit noyau de corps thyroïde.

Au point de vue de ses dents M. Loriot nous a dit que l'incisive centrale droite était une dent d'Hutchinson. Je tiens à préciser que dans ce cas il ne s'agit nullement de cela. La dent d'Hutchinson est une lésion bilatérale qui, en rapport avec un trouble de la santé générale se produisant dans les trois premiers mois de la vie, imprime son stigmate sur le bord libre des deux incisives centrales supérieures. Or, du seul fait que la lésion est unilatérale, cela écarte toute idée de lésion dentaire spécifique, la dent d'Hutchinson n'ayant du reste de valeur à cet égard que corroborée par les autres signes de la syphilis héréditaire. Il s'agit dans le cas présent d'une fracture ancienne du bord libre de la dent.

Ce malade présente aussi de nombreuses anomalies en rapport avec sa sclérodermie et peut être avec les troubles nerveux congénitaux qui ont produit cette affection.

M. Meng. — J'estime que la perte de substance qui siège au niveau de l'angle interne de l'incisive droite doit être attribuée à l'usure consécutive à un vice d'articulation.

M. le président. — Il me reste qu'à féliciter M. Loriot de la remarquable communication qu'il vient de nous faire et je le remercie au nom de la Société d'Odontologie.

La parole est à M. Amoëdo pour sa communication.

III. — Implantation dentaire.

M. Amoëdo donne lecture de son travail et présente trois cas d'implantations ; il fournit quelques explications sur chaque cas en particulier (V. n° du 30 juillet, p. 58).

Discussion.

M. Godon. — Nous n'avons matériellement pas le temps nécessaire pour engager une longue discussion sur ces différents cas d'implantations. Je propose de remettre la discussion à la prochaine séance ; d'ores et déjà je m'inscris pour prendre la parole à ce sujet.

M. le président. — Nous remettons à la prochaine séance la discussion de la communication de M. Amoëdo et nous remercions notre confrère pour son travail et pour la présentation des trois malades.

La parole est à M. Blatter.

IV. — Présentation d'un enfant, porteur d'un nouvel appareil de redressement.

La description de cet appareil sera publiée incessamment.

M. Blatter. — Je fais cette présentation au nom d'un jeune élève de cette école, M. Darcissac ; il s'agit d'un nouvel appareil de redressement pour l'extension du maxillaire supérieur. Comme vous pouvez le constater, la force agissante est continue. Le petit patient que je vous présente ce soir, atteint d'atrésie du maxillaire supérieur porte cet appareil depuis huit jours ; l'écartement obtenu est déjà de trois millimètres.

M. le président. — Nous remercions M. Darcissac d'avoir bien voulu nous soumettre ce très ingénieux appareil. Nous l'encourageons vivement à poursuivre ses essais et à nous en donner le résultat dans une séance ultérieure.

V. — Remise d'une médaille a M. Dubeau.

M. le président. — Avant de donner la parole à M. Dubeau, je dois lui faire connaître que l'assemblée générale de la Société civile de l'Ecole dentaire de Paris, dans sa séance du 4 juillet, l'a nommé membre honoraire de l'Ecole dentaire de Paris et membre honoraire de la Société d'Odontologie.

En souvenir de son passage à Paris la Société d'Odontologie se fait un plaisir de lui offrir une médaille de vermeil.

M. Godon. — Mes collègues m'ont demandé d'adresser à M. E. Dubeau quelques paroles au nom du groupement de l'Ecole dentaire de Paris. Je le fais avec d'autant plus de plaisir que je paie aujourd'hui, en quelque sorte, une dette de reconnaissance.

En 1893, lors de mon voyage aux Etats-Unis, j'ai fait une courte excursion au Canada. J'y suis retourné plus récemment, en 1904, et j'ai rencontré chaque fois auprès de nos confrères canadiens un accueil si sympathique, si cordial, si confraternel, que j'en ai gardé un souvenir ému, et je suis tout particulièrement heureux ce soir d'en exprimer ma vive gratitude à notre confrère M. Dubeau, en présence de nos confrères parisiens, au milieu des membres de la Société d'Odontologie et du groupement de l'Ecole.

Mon ami Philippe Hebert, que je vous présentais tout à l'heure et avec lequel j'ai des liens de sympathie depuis de nombreuses années, m'avait depuis longtemps fait apprécier le Canada. Il m'avait fait connaître nombre de ses compatriotes de passage à Paris, et lorsque je suis arrivé la première fois dans ce pays, j'ai trouvé partout des amis, non seulement parmi mes confrères, mais même parmi un certain nombre d'habitants du Canada. C'est pour moi un pays qui s'ajoute à la France, c'est une nouvelle France, comme on l'appelle là-bas au Canada. Lorsque j'y suis retourné en 1904, je fus reçu en ami et

presque en parent, non seulement par mon ami Hebert et sa famille, mais encore par nos confrères.

Ils vinrent au Congrès de Saint-Louis nous inviter Sauvez, Platschick, Masson et moi à assister à leur grande réunion de Toronto qui comptait plus de 300 membres. Nous avons pu voir là des travaux extrêmement intéressants, des opérateurs très habiles, nous avons entendu des communications très scientifiques. Enfin Sauvez et moi nous avons étudié des Écoles extrêmement importantes qui existent dans ce pays, comme celle de Toronto. Nous avons été étonnés de l'intensité du développement professionnel et des progrès qui s'étaient faits dans les dix dernières années, c'est-à-dire dans l'intervalle séparant mon premier voyage de 1893 de mon voyage de 1904.

J'ai été plus heureux encore lorsqu'en atrivant à Montréal j'ai trouvé là une Société dentaire française et une nouvelle école, une Ecole dentaire française, dans laquelle les noms de nos professeurs étaient connus, et leurs ouvrages étaient entre les mains des élèves.

Vous comprendrez aisément dans ces conditions quel agréable sentiment nous avons éprouvé lorsque ces temps derniers nous avons appris que des dentistes canadiens, délégués par leurs confrères, par leurs Sociétés viendraient en Angleterre d'abord, ensuite ici nous rendre visite, et que ces confrères étaient justement ceux qui avaient créé là-bas à Montréal, le mouvement français; nous avons estimé qu'ils avaient de très réels titres, à la reconnaissance et à l'admiration de notre groupement pour leurs efforts, et au nom de l'Ecole je tiens à les féliciter de leurs travaux, et en particulier M. le Dr Dubeau, directeur de l'Ecole française de Montréal. *(Applaudissements.)*

M. Sauvez. — M. Godon vous a parlé au nom du groupement, M. Delair vous a parlé au nom de la Société d'Odontologie, il a remis à notre ami Dubeau une médaille de vermeil, je voudrais à mon tour lui adresser quelques mots au nom de l'Ecole dentaire de Paris.

M. Sauvez lit une vibrante allocution.

M. Dubeau. — Je vous remercie sincèrement de l'honneur que vous avez bien voulu me faire en organisant une telle réception. Cette médaille que vous venez de m'offrir est pour moi une agréable surprise, et, je vous assure que cette soirée constituera un des plus beaux souvenirs de mon voyage en Europe.

Je demande à votre très dévoué et très distingué président, M. Delair, de bien vouloir accepter le titre de premier membre honoraire de notre Société d'Odontologie. Pour être membre honoraire de notre Société il faut deux conditions : s'être distingué dans sa profession et ne plus pratiquer comme dentiste.

M. Delair s'est tout particulièrement distingué par ses travaux de prothèse restauratrice; de plus il a consacré tout son temps à votre

Ecole. J'espère qu'il voudra bien nous faire l'honneur d'accepter le titre de membre honoraire de notre Société canadienne.

VI. — L'art dentaire au Canada.

M. Dubeau donne lecture d'une communication sur ce sujet et ajoute :

J'ai apporté ici quelques exemplaires de la loi qui nous régit au Canada, et du programme d'examen exigé pour l'exercice de notre profession.

Nous considérons notre loi comme une des plus belles qui existent.

Nous l'avons obtenue après de nombreuses années, après des luttes mémorables.

L'an prochain nous aurons un congrès à Montréal. Ce Congrès aura lieu au mois de septembre, je vous convie à venir en nombre dans cette autre France.

M. Roy. — Je regrette de n'avoir pas eu le temps d'examiner les renseignements que vient de nous fournir M. Dubeau au sujet de la législation dentaire au Canada. C'est une chose des plus intéressantes que la comparaison des diverses législations des divers pays. J'ai eu l'occasion de faire cette comparaison pour la législation de l'Amérique et j'ai ainsi trouvé nombre de renseignements extrêmement intéressants.

J'y ai trouvé notamment une autonomie de l'art dentaire tout à fait caractérisée, ainsi que je l'ai d'ailleurs montré dans une petite étude que j'ai publiée en son temps dans le journal *L'Odontologie*[1].

Je suis heureux de voir qu'au Canada les dentistes ont obtenu une autonomie encore plus complète, sur certains points, que ce n'est le cas pour nos confrères de certaines contrées des Etats-Unis.

La loi de la Province de Québec est très intéressante ; elle paraît être supérieure à la loi anglaise. En Angleterre, en effet, les médecins tiennent, je crois, une place prépondérante parmi les examinateurs pour la licence de chirurgien-dentiste. Au contraire, comme vient de nous le dire M. Dubeau, et c'est là un point que la législation canadienne a de commun avec la législation des Etats-Unis, le droit d'exercer au Canada l'art dentaire est délivré par un jury exclusivement composé de dentistes. C'est un fait extrêmement important et qu'il est utile pour nous de noter, parce que cela viendra renforcer encore, dans l'avenir, les revendications que nous pourrons poursuivre dans ce but. Il est absolument illogique que les futurs dentistes passent leurs examens devant des personnes qui sont souvent étrangères à notre art. Ces examens, tels qu'ils se passent actuellement en France sont basés sur ce malentendu que signa-

1. V. *Odontologie*. 1905, I, p. 261 et 325.

lait tout à l'heure M. Dubeau entre l'art dentaire et la médecine.

Il est certain que, non seulement dans le public vulgaire, mais même parmi les autorités constituées, il y a un malentendu provoqué par une confusion voulue ou inconsciente entre l'art dentaire et la médecine, et c'est en raison de ce malentendu qu'il y a chez nous, des médecins en grand nombre dans les jurys d'Etat. Aussi je me félicite que nous puissions avoir, à l'appui des revendications que nous devons poursuivre pour obtenir l'autonomie complète de notre profession, une loi telle que celle qui vient de nous être signalée par M. Dubeau.

Nous n'aurons lieu de nous déclarer satisfaits que le jour où les chirurgiens-dentistes seront nommés, comme au Canada, par un jury formé uniquement de chirurgiens-dentistes.

M. Godon. — Je ne veux pas prolonger la discussion, cependant je tiens à souligner, comme vient de le montrer M. Roy, l'importance des résultats obtenus par nos confrères du Canada en ce qui concerne l'organisation professionnelle, telle que nous l'a indiquée M. Dubeau.

Nos confrères ont réalisé dans la province de Québec tout ce que nous avons demandé depuis vingt-cinq ans.

Non seulement ils ont créé une école dentaire, mais ils ont obtenu que cette école fut une Faculté de dentisterie, à côté de la Faculté de médecine, de la Faculté de droit. Ils ont aussi obtenu au point de vue du titre, celui de docteur en chirurgie dentaire, c'est là encore un des points qui figurent, depuis longtemps, parmi nos revendications.

Pour pratiquer l'art dentaire au Canada, il faut être licencié, mais à la fin de leurs études, nos confrères reçoivent le doctorat en chirurgie dentaire. C'est en somme le titre scientifique couronnant leurs études.

De plus, leurs examens sont dentaires, leurs examinateurs sont des dentistes.

Nous honorons ici les dentistes qui ont obtenu de telles victoires : ces victoires doivent servir d'exemple aux dentistes des autres pays.

M. le président. — Je remercie infiniment M. Dubeau d'avoir bien voulu nous faire cette communication. Il nous a instruits sur ce qui se passe à l'Université Laval et plus particulièrement à l'Ecole dentaire de Montréal. Nous le félicitons des efforts qu'il a faits avec ses confrères canadiens, ainsi que de la réussite qu'ils ont obtenue. Nous le félicitons également pour sa nomination de président du Congrès dentaire de Montréal en 1906.

Ce congrès réunira certainement un très grand nombre de nos confrères, non seulement du Canada, mais encore des Etats-Unis. Je vous convie à y assister en aussi grand nombre que possible. Pour ma part, je promets à M. Dubeau de me rendre à son appel et je suis certain que j'entraînerai avec moi quelques amis.

En adressant à M. Dubeau nos félicitations et nos remerciements,

je tiens à lui exprimer personnellement ma vive reconnaissance pour l'hommage très flatteur qui m'est fait par nos confrères canadiens. Ce titre de membre honoraire de leur Société d'Odontologie est pour moi d'un très grand prix.

Soyez auprès de vos collègues l'interprète de toute ma gratitude.

VII. — Enseignement de l'anatomie par le dessin aux élèves 1re année.

M. Mahé donne lecture d'une communication sur ce sujet (V. n° du 30 juillet, p. 63).

Discussion.

M. Choquet. — Vous venez d'entendre le rapport de M. Mahé sur l'enseignement de l'anatomie aux élèves de 1re année. Dans les grandes lignes je me rallie à son projet.

Cependant en ce qui concerne l'anatomie et surtout l'histologie dentaire, je crois que les schémas, les dessins ne sont pas suffisants.

Dans mon cours, à la description purement théorique, j'associe toujours l'image photographique en me servant de la lanterne à projections. Le peu de place que réclament ces clichés réduits permet d'en utiliser une grande quantité en une seule séance.

J'ai, pour ma part, travaillé depuis de longues années à créer cette collection de positifs pour projections, persuadé que c'était la seule méthode d'enseignement pratique de l'histologie et de la morphologie.

Je possède actuellement, dans ma collection personnelle, 2.500 clichés qui servent à mon cours. La majeure partie de ces clichés ont été présentés à mes élèves ; mais en vingt leçons il est matériellement impossible d'en montrer la totalité.

J'accepte en partie la méthode de M. Mahé tout au moins pour l'anatomie générale, mais, je le répète, quant à l'enseignement de l'histologie et la morphologie dentaires, je suis complètement opposé aux idées de M. Mahé.

M. Roy. — Je n'ai pas l'intention de critiquer les planches de M. Mahé, qui sont fort intéressantes et fort bien faites, mais je dois lui adresser des critiques qui sont d'un autre genre.

M. Mahé fait un cours préparatoire de première année. Or je signale le danger qu'il y a, puisque nous sommes dans le domaine pédagogique, à vouloir faire, surtout en première année, un cours par trop complet. Le programme que M. Mahé nous fait est certes très intéressant, pour une deuxième ou une troisième année, mais en aucune façon pour un cours préparatoire.

La première année, on doit donner, surtout des notions claires, très précises et relativement peu nombreuses. Or M. Mahé vient de nous dire, par exemple, que pour la carotide externe il avait préparé

une leçon et que pour celle-ci il y a quatorze planches. Cela me paraît beaucoup trop compliqué pour le but que l'on se propose, avec ces cours préparatoires, dans lesquels on doit seulement indiquer à l'élève les grandes lignes du chemin qu'il aura à parcourir au cours de ses études, car c'est seulement au cours des années ultérieures qu'il devra approfondir les petits détails topographiques ou histologiques.

M. Godon. — Nous avons demandé à M. Mahé de traiter devant nous cette importante question de l'enseignement de l'anatomie en 1re année. La Société d'Odontologie est parfaitement qualifiée pour discuter le rapport de notre confrère, puisqu'elle est l'association scientifique de l'Ecole.

Nous avons ici présents un certain nombre de professeurs qui sont tout indiqués pour donner leur avis sur cette branche qu'ils enseignent à nos élèves.

Dans les différents cours d'anatomie ces mêmes professeurs ont apporté plusieurs méthodes pratiques nouvelles. Il y a deux ans, M. Julien présentait au Congrès de l'A.F.A.S., à Angers, un rapport sur l'enseignement élémentaire de l'anatomie et sur la dissection canine. M. Choquet nous a montré l'enseignement de l'anatomie, de l'histologie et de la morphologie dentaires au moyen de clichés par projections. Enfin M. Mahé nous présente aujourd'hui une méthode par l'image et le dessin. Cette méthode introduit en première année l'enseignement de l'anatomie de la tête, de la face, du cou et de la cavité buccale par l'emploi du dessin par les élèves, comme nous l'avions adopté pour le cours de dentisterie opératoire. A mon avis la méthode préconisée par M. Mahé me paraît bonne et rationnelle pour de jeunes débutants ; elle n'entrave en aucune façon celle professée par M. Choquet aux élèves de 3e année. Je crois que ces deux méthodes s'appliquent, en se complétant, à des phases différentes de l'enseignement comme se complètent l'enseignement de MM. Marie et Julien. Chargé du service de 1re année, je me félicite de voir introduire le dessin dans l'enseignement de l'anatomie déjà en usage pour la dentisterie opératoire ; je considère le dessin comme une partie importante de l'éducation professionnelle du chirurgien-dentiste.

M. Mahé. — L'objection de principe, soulevée par M. Roy, m'a quelque peu déconcerté et je m'y attendais fort peu.

Pour M. Roy, mon cours est trop détaillé lorsqu'il s'adresse à des élèves de première année.

Or pour ce cours, nous avons trente leçons, dont un certain nombre consacrées à des interrogations ; ce temps relativement court pour apprendre la bouche, les muscles, les nerfs, le squelette se trouve bien rempli. Dans ces conditions, il me semble qu'il est nécessaire d'aller vite et conséquemment d'être extrêmement résumé.

Pour apprendre par exemple la carotide externe, je me demande en quoi M. Roy a pu trouver trop de détails. Cette branche artérielle se trouve schématisée en quatorze tableaux qui sont réduits à leur plus grande simplicité et vous savez tous combien cette question est complexe. Je crois que la méthode que je compte adopter dans mon cours de première année représente l'enseignement le plus synthétisé.

M. le président. — Je crois que vous serez tous d'accord pour féliciter M. Mahé de l'immense travail qu'il s'est imposé, du zèle qu'il apporte dans sa mission et de la persévérance qu'il a mise à réaliser son programme. Je saisis cette occasion pour adresser de chaleureux remerciements aux dévoués collaborateurs de M. Mahé qui sont tous ses élèves : M. Cramer, Tubiana, Bennegeant et Santenac auxquels nous adressons nos félicitations.

Je donne la parole à M. Hugot pour sa communication.

VIII. — Traitement du 4e degré.

M. Hugot donne lecture d'une communication qui sera publiée dans un prochain numéro.

Discussion.

M. Mahé. — Je crois qu'il convient de féliciter M. Hugot du procédé qu'il emploie et du perfectionnement qu'il a apporté sur un tel sujet qui est généralement considéré comme banal.

Nous avons trop de tendance dans notre société à négliger ces procédés de pratique courante ; c'est la première fois qu'une statistique précise a été établie sur une question parfaitement définie. Grâce à cette statistique, il sera possible de procéder à une discussion sur une base sérieuse. Tout en constatant que M. Hugot semble être arrivé à la perfection au point de vue du traitement du 4e degré, nous croyons que, à l'heure actuelle, les tendances modernes sont de transformer nos opérations en traitements de courte durée, plutôt qu'en traitement de longue haleine.

Le traitement indiqué par M. Hugot représente nombre de séances ; il est certainement possible de réduire le traitement du 4e degré à fort peu de séances. M. Siffre préconise l'obturation en une seule séance et aujourd'hui je crois pouvoir dire qu'on peut traiter un 4e degré en une seule séance, tout au moins en deux séances ; en une seule séance le résultat n'est pas toujours certain.

L'acide sulfurique d'abord préconisé par Chaland et ensuite par M. Siffre assure réellement l'antisepsie radiculaire.

Nous ne devrions guère employer dans notre pratique que des médicaments capables d'assurer l'antisepsie totale ; or je suis d'avis que les produits médicamenteux à base d'essence de girofle sont très insuffisants.

Dans le même ordre d'idées, la pâte employée par Fayoux, de Niort, composée d'eugénol et d'oxyde de zinc, semble présenter un avantage considérable sur la pâte faite avec l'essence de girofle. Quant à l'iodoforme il doit être complètement banni de notre arsenal thérapeutique.

M. Frey. — M. Hugot nous reparlera à Cherbourg de son très intéressant travail. En raison de l'heure avancée, on ne pourrait entrer dans la discussion.

Ce que je demanderai à mon confrère, c'est de faire à Cherbourg un peu la critique de sa statistique, de nous spécifier bien exactement les dents qu'il a traitées, de nous raconter l'histoire de ses insuccès. Nous avons beaucoup plus à profiter de nos insuccès que de nos succès.

M. Roy. — Dans sa statistique, M. Hugot parle d'insuccès au bout de six ans. J'avoue que cela m'étonne, car pour ma part, je n'ai jamais eu d'insuccès au bout d'un temps aussi long. J'ai eu des récidives de caries dans des dents atteintes de 4^{e} degré, mais pas de récidive d'infection des canaux. Cela ne me paraît pas logique. M. Hugot fait-il rentrer dans cette catégorie d'insuccès une récidive de carie ou une fracture de la couronne, bref tous accidents qui peuvent atteindre ultérieurement la couronne. J'ai eu l'occasion de vous exposer, dans une communication que j'ai faite, il y a deux ans, qu'on pouvait obtenir un traitement efficace des 4es degrés dans un temps beaucoup plus court que ne l'indique M. Hugot, sans aller cependant jusqu'à une seule séance comme vient de le dire M. Mahé, ce qui présente des inconvénients ; j'estime qu'en trois ou quatre séances la guérison peut être absolument parfaite dans la très grande majorité des cas.

Tout le secret réside dans la façon de procéder, plutôt que dans l'emploi d'un médicament déterminé.

M. le président. — M. Hugot reprendra son travail à Cherbourg ; je le remercie pour sa communication très étudiée et très documentée ; elle fera naître une discussion intéressante à la Section d'Odontologie de l'A.F.A.S.

IX. — Don au musée.

M. Sauvez offre au musée de l'Ecole dentaire de Paris une mâchoire de requin.

M. le président remercie M. Sauvez de ce don.

La séance est levée à minuit.

Le Secrétaire adjoint,
Blatter.

NOUVELLES

Association générale des Dentistes de France.

Le bureau de l'Association générale des Dentistes de France s'est réuni, le 5 août, à Cherbourg. Il a étudié les questions mises à l'ordre du jour, notamment la création d'une caisse de prévoyance en cas de décès, l'organisation effective de la chambre syndicale, et a nommé une commission, dont la ratification sera soumise au Conseil d'administration au mois de novembre, ayant pour objet l'organisation en 1906 d'une fête en l'honneur du 25e anniversaire de l'Association générale des Dentistes de France et de l'Ecole dentaire de Paris.

A. F. A. S.

Le Comité de l'*Association française pour l'Avancement des sciences* a décidé que la session de 1906 sera tenue au mois d'août à Lyon.

F. D. I.

Comme on l'a vu au compte rendu publié d'autre part, la prochaine session de la *Fédération dentaire internationale*, en 1906, aura lieu à Genève au mois d'août. Il résulte de cette décision qu'à la même époque, et dans des villes voisines, auront lieu quatre importantes réunions professionnelles : A Genève, la *Société Odontologique suisse* et la *Fédération dentaire internationale ;* à Lyon la Section d'Odontologie de l'*A. F. A. S.* et la *Fédération dentaire nationale française*.

Nous espérons que les organisateurs de ces diverses réunions s'entendront pour que les nombreux confrères qui se rendront à l'une ou à l'autre de celles-ci puissent assister aussi aux séances des autres sociétés professionnelles. Il y a là un élément d'intérêt et de succès qui ne doit pas être négligé.

AVIS

Pour les besoins de l'enseignement préparatoire de 1re 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.

MANUEL DU CHIRURGIEN-DENTISTE

PUBLIÉ SOUS LA DIRECTION DU Dr **Ch. GODON**, directeur de l'École dentaire de Paris
9 vol. in-18, avec fig. Prix de chaque vol. cartonné . . **3** francs.

TOME Ier. — **Notions générales d'Anatomie, d'Histologie et de Physiologie**, par le Dr Paul Marié, 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 et MM. Wicart et Georges Lemerle, *2e édition*, 314 p., 158 fig.
TOME IV. — **Pathologie des dents et de la bouche**, par le Dr **Léon Frey** et G. Lemerle, *2e édition*, 315 p., 35 fig.
TOME V. — **Thérapeutique de la bouche et des dents**, *hygiène buccale et anesthésie dentaire*, par le Dr **M. Roy**, *2e édition*, 315 p.
TOME VI. — **Clinique des maladies de la bouche et des dents**, par les Drs Ch. Godon et E. Friteau, *2e édition*, 276 p., 2 fig.
TOME VII. — **Dentisterie opératoire**, par le Dr **Ch. Godon**, *2e édition*.
TOME VIII. — **Clinique de prothèse dentaire**, et de *prothèse orthopédique* ou *orthodontie*, par **P. Martinier**, *2e édition*, 316 p., 50 fig.
TOME IX. — **Clinique de prothèse chirurgicale et restauratrice des maxillaires**, par **P. Martinier**, *2e édition*.

Librairie **J.-B. BAILLIÈRE et Fils**, *19, rue Hautefeuille, PARIS*

PETITES ANNONCES

1 fois..... 3 francs | 12 fois (6 mois)..... 25 francs
6 » (3 mois)..... 15 — | 24 fois (1 an)..... 45 —

— la case simple —

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. — Baudry et C^ie^, 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.

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 90 0/0 des élèves présentés
200 FR. DU 9 NOVEMBRE A JUILLET, 2 HEURES PAR JOUR
Cours 1re 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 CROÈS**

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

25e ANNÉE. N° 16 30 AOUT 1905 VOL. XXXIV

L'ODONTOLOGIE

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

Travaux Originaux

ESSAI SUR LA RÉPERCUSSION CUTANÉE DES IRRITATIONS GINGIVO-DENTAIRES

Par M. L. JACQUET

Médecin des Hôpitaux.

(Communication faite au Congrès de Cherbourg, août 1905.)

Je vais m'efforcer de présenter une brève synthèse, de ce que l'observation m'a appris sur ce sujet depuis quelques années ; et cela, sans m'occuper de *prouver* mes dires, ce qui serait infiniment trop long et viendra en son temps : mon but aujourd'hui est simplement d'éveiller l'attention des odontologistes.

* * *

L'excitation des nerfs dentaires se propage *directement* à la totalité des téguments de la face et à ceux de la partie antéro-latérale du crâne, par les diverses branches de la *cinquième* paire ; et *très facilement* aussi aux téguments de la face postérieure du crâne et à ceux du cou, par la continuité de la racine sensitive du même nerf, avec les noyaux originels des premières paires cervicales : on peut

donc s'attendre *à priori* à la répercussion fréquente, en ces régions, des excitations dentaires.

Cette répercussion a lieu, en effet, selon les modes *sensitif, thermique, vaso-moteur, sécrétoire* et *trophique,* c'est-à-dire selon tous les modes réactionnels cutanés.

La modalité *sensitive* est la plus anciennement connue. Elle comporte des troubles *subjectifs* : douleurs, prurit ; et des troubles *objectifs,* tels que l'hyperesthésie cutanée sous forme de zones, comme l'a décrite Head [1], dont les recherches sur ce point ont été confirmées par Bettmann (de Heidelberg), par Feiler (de Breslau), par moi-même et mes élèves.

Cette catégorie de troubles sensitifs est fort comparable, dans son mécanisme, aux hyperesthésies d'origine gastrique, bien connues sous le nom exact et expressif de « *mal aux cheveux* ». Il est très facile de les observer et d'en vérifier l'origine dentaire : elles disparaissent dès que le dentiste intervient de façon appropriée.

Les troubles *thermiques, sécrétoires, vaso-moteurs,* sont à peine connus : je suis sûr, pour ma part, qu'ils sont très fréquents, et qu'il ne manque, pour en apprécier la fréquence, ou pour mieux dire la *constance,* que l'effort d'une observation plus minutieuse, plus prolongée, plus délicate, ou servie par une instrumentation plus perfectionnée.

On verra plus tard, je crois pouvoir l'affirmer, que toute excitation des neurones dentaires a un retentissement sur la *température,* la *vaso-motricité,* la sécrétion *sébacée, sudoripare* et *épidermique,* à la face et au cuir chevelu.

Je limite conventionnellement à la fonction pilaire, les troubles *trophiques*, séparés, conventionnellement aussi, des phénomènes précédents.

Je signale d'abord, à ce point de vue, la pelade *d'origine dentaire*. Elle est encore discutée : déjà pourtant, de nombreux auteurs, français et étrangers, en affirment l'existence. J'en publierai prochainement avec Gaumerais, une série

1. Henry Head, *On disturbances of sensation with especial references to the pain of visceral diseases.* BRAIN, 1893-1894-1896.

nouvelle, observée avec plus de précision au point de vue dentaire. Je n'ai cessé de réclamer, à son sujet, le contrôle et la controverse ; bref, j'en proclame l'intérêt avec plus de force encore que jadis.

Or, la pelade, même bénigne, est un trouble grossier et voyant, qui pour cette raison même a été le premier observé. Mais elle n'est, en réalité, que le grossissement d'un trouble infiniment plus commun, qui est la dépilation diffuse *générale, unilatérale,* ou simplemement *régionale* : j'affirme aujourd'hui qu'un très grand nombre d'excitations dentaires provoquent une dépilation diffuse, perçue seulement en cas d'observation attentive, et disparaissant dès que disparaît l'irritation causale.

Deux fois déjà, par exemple, chez des femmes, j'ai noté, sous l'influence d'une vieille lésion dentaire *unilatérale,* des troubles sensitifs variés et une dépilation *unilatérale* telle, que les cheveux étant réunis en nattes, celle du côté lésé était d'un *cinquième* ou d'un *quart* moins fournie que celle du côté sain : dans ces deux cas, la cure dentaire fit cesser aussitôt et les troubles sensitifs et la dépilation.

De plus, j'ai lieu de croire, que toute excitation dentaire a sa répercussion sur le système pileux de la tête et de la face, aux points de vue :

a) De la pousse pilaire et de la formation de poils nouveaux.

b) De la consistance et de la coloration des poils : fragilité, canitie.

c) De la chute des poils anciens, ou poils à bulbe plein.

Si bien que, la vieille objection toujours renaissante : « pourquoi tant de lésions dentaires sans pelade ? » doit faire place logiquement à la question : *pourquoi les modifications dans la vïe pilaire, que provoquent si fréquemment les excitations émanées des dents, revêtent-elles si rarement la forme* PELADE ?

*
* *

L'ensemble de faits, dont je viens de présenter la synthèse,

est intégré par la loi suivante, déduite d'un très grand nombre d'observations : *une excitation des terminaisons du trijumeau dentaire a sa répercussion constante au cuir chevelu et à la face, chaque tissu réagissant suivant sa fonction propre.*

Je renouvelle, en terminant, une remarque déjà ancienne : les odontologistes, entre tous les biologistes, jouissent d'un privilège : c'est que chacune de leurs interventions constitue une véritable expérience *in animâ nobili,* dont une observation plus affinée, des appareils enregistreurs plus sensibles, leur permettraient de tirer des conclusions intéressantes.

L'ART DENTAIRE AU CANADA

Par M. E. Dubeau.
Directeur de l'École Dentaire française de Montréal

(Communication faite à la Société d'Odontologie, 11 juillet 1905.)

Monsieur le Président,
Mes chers confrères,

Laissez-moi commencer par vous dire que, pour la plupart, vous ne nous connaissez pas suffisamment. Pour un Canadien français, venir en France, c'est venir voir sa mère, et le rêve de tout Canadien français, c'est de pouvoir un jour faire son voyage de France. La semaine dernière, à Bordeaux, M. le Dr Rolland, directeur de l'École dentaire, après avoir remarqué que je n'avais pas l'accent anglais, ajoutait: « Vous êtes les descendants des Français que nous avons abandonnés là-bas: » Le mot était bien juste; nous avons été abandonnés en effet, en 1760, au nombre de 60.000; mais notre nombre s'est accru, et aujourd'hui nous sommes deux millions de Canadiens parlant exclusivement la langue française. Par la force des circonstances, nous sommes devenus des sujets britanniques loyaux, et cela, parce que nous avons un gouvernement autonome et que nos droits sont respectés, mais tout de même le cœur est resté français, et si jamais vous assistez à la célébration de notre fête nationale, la Saint-Jean-Baptiste, le 24 juin, vous verrez partout, dans les rues, sur les maisons et sur les drapeaux, la devise suivante « Nos institutions, notre langue, et nos lois ».

Pour être fidèle à cette devise, il fallait aussi que l'art dentaire fût enseigné en langue française ; nous y sommes parvenus après de longs efforts.

Les dentistes ont été reconnus civilement par le Parlement de Québec en 1869 ; il y en avait, à ce moment, une vingtaine dans la Province de Québec, et, parmi eux, se trouvait un dentiste venu de France, M. Jourdain, qui y est retourné plus tard, après avoir amassé une petite fortune

chez nous. Le maire de Montréal, à cette époque, était aussi un dentiste, le Dr Bernard. Jusqu'en 1893, les jeunes gens qui désiraient devenir dentistes devaient servir comme assistants chez un dentiste pendant quatre années, ou aller étudier aux États-Unis ; mais à cette date, le Parlement nous autorisa à établir un collège dentaire mixte, c'est-à-dire avec deux facultés, française et anglaise.

Ce collège, maintenu grâce à de faibles ressources, a existé jusqu'au commencement de l'année 1904, époque à laquelle les Universités ont décidé de recevoir les dentistes dans leur sein. L'École dentaire française est devenue la Faculté dentaire de l'Université Laval à Montréal, et l'Ecole dentaire anglaise joue le même rôle à l'Université Mac Gill.

L'Ecole dentaire française a obtenu d'être reconnue comme faculté absolument indépendante de la Faculté de médecine, avec le droit de conférer le titre de « docteur en chirurgie dentaire ». Nous considérons, messieurs, que c'est un grand succès, car nos élèves subissent tous leurs examens devant des dentistes, et non des médecins, qui, malgré toute leur science médicale, peuvent être de bien mauvais juges en matière dentaire. L'examen théorique final, c'est-à-dire subi à la fin des quatre années d'études, dure trois jours, et l'examen pratique, six jours, pendant lesquels l'élève doit faire deux aurifications, un dentier haut et bas, à base métallique, avec dents soudées ou attachées avec de la vulcanite, un pont en or (bridge), et tout autre travail que l'examinateur juge à propos d'exiger. Tous ces ouvrages sont faits dans la salle de clinique, pour des patients de la clinique et sous la surveillance immédiate des examinateurs.

L'École reçoit deux catégories d'élèves : les élèves sans brevet et les élèves bénévoles ; pour les élèves bénévoles, c'est-à-dire ceux qui ne désirent pas pratiquer au Canada, nous exigeons qu'ils produisent un certificat de cours élémentaire, mais ceux de la première catégorie doivent, avant de se faire inscrire comme élèves, passer le brevet exigé par le collège des chirurgiens-dentistes de la Province

de Québec, et qui équivaut au baccalauréat lettres-philosophie que vous avez ici.

La licence, qui donne le droit d'exercer dans la Province de Québec, est octroyée par les gouverneurs du Collège des chirurgiens-dentistes, corps civil formé de tous les dentistes exerçant dans cette province.

Nous avons, durant l'année qui vient de s'écouler, conclu un arrangement avec l'Ecole dentaire de Paris, en vertu duquel ses gradués pourront obtenir notre degré de « docteur en chirurgie dentaire » après avoir suivi les cours et cliniques d'une session et passé avec succès l'examen final. La session annuelle dure environ six mois et demi et l'élève qui désirerait la suivre devrait partir de Paris le 15 septembre et pourrait repartir de Montréal le 15 avril suivant. Les frais du voyage de Paris au Canada et retour, le séjour au Canada et les honoraires à l'Ecole peuvent être facilement couverts avec 2.500 francs, par un élève économe.

A mon départ du Canada, le recteur de l'Université Laval m'a demandé d'examiner le mode d'enseignement à l'Ecole dentaire de Paris, et je crois que je suis maintenant assez renseigné pour pouvoir affirmer que votre enseignement théorique est supérieur à celui qu'on donne aux Etats-Unis, et votre enseignement pratique aussi bon.

Messieurs, vous me permettrez une observation ; j'ai beaucoup voyagé, et j'ai constaté une chose regrettable, qui existe partout, en Europe, et aux Etats-Unis aussi bien qu'au Canada, c'est l'antipathie qui règne entre le médecin et le dentiste. Je dis que c'est une chose regrettable, car il devrait plutôt exister une harmonie parfaite entre ceux qui exercent ces deux professions, et je crois que celui qui est à blâmer est le médecin, qui voit dans le dentiste un rival, ayant une profession généralement lucrative, et travaillant constamment pour atteindre un niveau plus élevé. C'est ce sentiment qui a nui, et nuit encore au développement de l'art dentaire en beaucoup d'endroits. Le meilleur remède à cet état de choses est, je crois, de former des dentistes instruits, afin de faire voir au médecin que nous sommes ses égaux.

J'ai apporté quelques exemplaires de notre loi dentaire, que nous considérons comme une des plus parfaites qui existent et je les tiens à votre disposition, ainsi que le programme de notre examen d'admission à l'école.

Tout à l'heure vous avez entendu, messieurs, les docteurs Godon et Sauvez vous dire l'accueil qu'ils ont reçu au Canada et vous encourager à y venir. Je désire les remercier pour les bonnes paroles qu'ils m'ont adressées, ainsi qu'à mes confrères, et j'espère que vous profiterez de l'occasion qui s'offrira à vous l'an prochain pour venir juger par vous-même du bien fondé de leurs assertions.

En effet, l'an prochain, durant la première quinzaine de septembre, nous aurons, à Montréal, le 3e Congrès des dentistes du Canada, et cette époque coïncidant avec les vacances annuelles pour un grand nombre d'entre vous, j'espère que beaucoup se joindront à votre président, qui a déjà pris l'engagement d'y venir.

ÉTIOLOGIE DE LA CARIE DENTAIRE A MONTPELLIER

Par M. Creuzet, D. E. D. L.

(Communication faite au Congrès de Cherbourg, août 1905.)

1° Influence de l'age.

A Montpellier, l'âge en lui-même n'a pas grande importance comme facteur de la carie, si ce n'est que, comme toujours, l'enfant résiste moins bien à la carie que les adultes. Ainsi il est fréquent de voir des enfants de 3 ans et demi ou 4 ans ayant déjà plusieurs dents cariées. Le contraire se rencontre chez les personnes âgées mais dont la majeure partie ne sont pas de Montpellier. Les dents se carient donc ici assez vite ; mais les enfants étant soumis aux lois de l'hérédité, et les ascendants étant différents suivant les conditions de race et de climat ; nous ne devons pas regarder l'âge en lui-même comme un facteur important ; car il est bien certain que, de plus en plus, les dents se carieront rapidement, par suite de la diminution de la résistance des races.

2° Influence de la race.

L'Hérault fut successivement occupé par un nombre considérable de peuples ou de peuplades : Les Ibères, puis les Basques, puis par les Ligures qui chassèrent les Basques ; les Phéniciens, vers la même époque, fondèrent des comptoirs, puis les Volces Tectosages, les Romains, les Visigoths (412 après J.-C.), les Francs, les Austrasiens et enfin les Sarrasins, puis les Français de nouveau.

D'après cette énumération on peut voir que le véritable méridional a des origines assez mêlées. Et il faudrait une étude spéciale et très approfondie pour démêler exactement l'influence qu'eut sur la race méridionale chacune des races précitées.

De nos jours, à Montpellier la population comprend :

1° *Les autochtones*, qui, le plus généralement, ont de mauvaises dents ;

2° *Les Espagnols et Italiens* de passage, manouvriers et vendangeurs, etc. Bonnes dents en général ;

3° *Les étudiants et les voyageurs*. Dents suivant les régions d'origine ;

4° *Les Français ou autres* fixés à Montpellier sans y être nés. Dents toujours moins résistantes au bout d'un certain temps de séjour, et d'autant moins résistantes que la personne est venue plus jeune à Montpellier.

3° Influence de l'hygiène alimentaire et en particulier des boissons.

Les boissons principales de la grande masse de la population sont : le vin et l'eau. *Le vin naturel* n'étant pas nocif aux dents sera donc à éliminer. Mais en été, comme nous subissons une température torride, dans la classe moyenne et aisée, on fait une grande consommation de glaces, de là brusques passages du chaud au froid, sueurs et refroidissements qui pourront occasionner du débilitement général, et, par contre-coup, une nutrition anormale de la dent, surtout chez les adolescents, d'où minéralisation incomplète ou ralentie, et moindre résistance de la dent à la carie. D'autre part *les aliments épicés*, dont on fait une grande consommation, sont d'une digestion assez difficile chez certaines personnes et donnent naissance à certains troubles digestifs ; il en résulte un changement dans la composition de la salive qui peut devenir acide sous ces influences, et favoriser ainsi l'éclosion et la floraison des microbes de la carie.

4° Influence des eaux.

Voici la composition de l'eau du Lez, c'est-à-dire de l'eau bue à Montpellier. Ces renseignements datent du dernier contrôle des eaux, le 21 février 1899.

L'analyse chimique donne par litre, en milligrammes :

Sulfate de calcium	40,8
Carbonate de calcium	200,7
Carbonate de magnésium	20,4
Chlorure de sodium	42
Nitrate de calcium	2,6
Silice, alumine, oxyde de fer	6

L'analyse minérale donne :

Résidu sec à 110°	334
Résidu après incinération	315
Perte au rouge	19
Silice, alumine, oxyde de fer	6
Chaux	130
Magnésie	14
Acide sulfurique	24
Chlore	25,5

« Le nombre de bactéries, dit le rapport, a oscillé, en régime normal, de 83 à 393 par centimètre cube d'eau. Mais ce nombre peut augmenter très notablement et s'élever jusqu'à 1500 à l'occasion de pluies, en même temps que l'eau se trouble. Le *bactérium coli* est constant. Il n'est souvent décelable que dans 10 grammes ou même 100 grammes d'eau; mais il n'est pas rare également de le trouver dans 10 gouttes. Les analyses comparatives de l'eau, prise à son émergence et à divers points de la canalisation et de la distribution, ont donné des résultats semblables. Lorsque nous aurons ajouté que le Lez prend sa source dans un terrain du type néocomien, c'est-à-dire constitué par une alternance de marnes et de calcaires marneux, nous aurons une idée exacte de la composition de l'eau à Montpellier.

En résumé, je crois pouvoir déduire de tout ce qui précède qu'on ne doit incriminer ni l'âge, ni la race méridionale en elle-même, car des hommes de même race changeront par le fait du *climat* sous lequel ils vivront respectivement. Et ici, le climat, très bon au point de vue général, est mauvais au point de vue dentaire : par le voisinage de la mer et des étangs ; par les sautes brusques de vents ; et surtout par la fréquence du vent du Sud-Sud-Est appelé communément *marin,* vent venant de la mer, très frais, soufflant par in-

termittences et qui occasionne de nombreuses arthrites alvéolo-dentaires. Aussi il est rare qu'un 4e degré, s'il est laissé à lui-même, ne s'accompagne pas bientôt de périodontite dans une de ses différentes formes.

La deuxième grande cause à incriminer est *l'eau* ; comme on l'a vu par l'analyse, elle est très riche en éléments calcaires et en microbes ; elle favorise donc par là le développement de la carie, et l'on boit beaucoup d'eau en tout temps.

Enfin à Montpellier *l'atavisme* n'est pas étranger à la fréquence de la carie, car une race, quelle qu'elle soit, perd de sa résistance au point de vue dentaire, à chaque génération nouvelle.

SCLÉRODERMIE CONGÉNITALE GÉNÉRALISÉE

Par M. Loriot, D.F.M. D.E.D.P.

(Communication à la Société d'Odontologie, séance du 11 juillet 1905.)

Il y a quelque temps j'eus la visite d'un malade, atteint d'une affection rare et venant demander mes soins pour une première grosse molaire inférieure droite atteinte d'une carie du troisième degré, face postérieure. Ce pauvre diable souffrant terriblement, je me contentais de lui faire un simple pansement destructeur de la pulpe, abandonnant tout traitement, et me réservant d'extraire la dent en question, si la constitution de mon malade le permettait sans faire craindre d'incidents fâcheux.

A la seconde visite qu'il me fit, après avoir enlevé mon pansement mortificateur, je fis parler ce pauvre déshérité, lui posant maintes questions ayant trait à son cas. Vous me permettrez donc de vous le présenter rapidement, c'est une curiosité, un de ces sujets à qui convient absolument l'appelation d'homme squelette.

Notre malade fut jadis examiné par le professeur Grasset, de la Faculté de Montpellier, lequel porta le diagnostic de sclérodermie généralisée congénitale. « Nous avons là, sous les yeux, disait-il, un bel exemple de dystrophie atrophique généralisée portant sur la peau, le tissu cellulaire, les muscles, les tendons, les os, les organes génitaux. Il en résulte un état d'infantilisme des mieux caractérisés, mais qui, en même temps, a laissé le système nerveux intact. » Cet infirme est âgé de 34 ans, pèse 36 kil. et mesure 1 m. 45 ; il est le troisième enfant de douze, ses frères et sœurs ont toujours eu une bonne constitution, et les parents une bonne santé sans jamais aucune maladie suspecte.

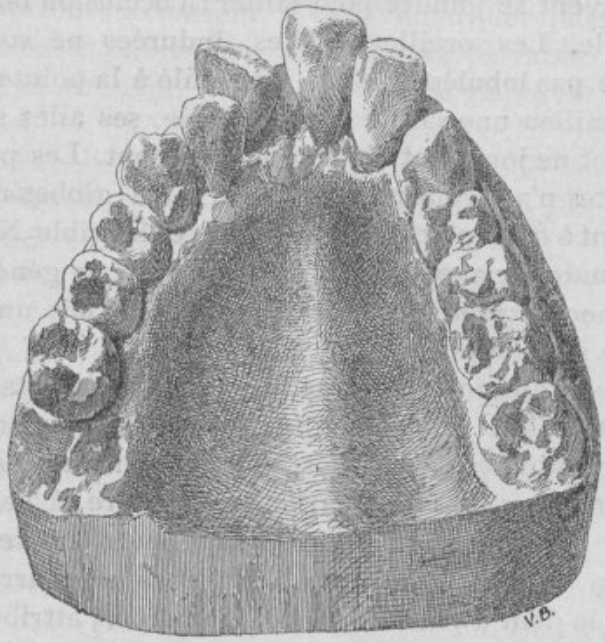
Son cas fut tout d'abord étudié par Platon, dans le service de Villeneuve, à Marseille, surtout au point de vue étiologique, comme cas d'hérido-syphilis ; c'est là un point intéres-

sant de la question, mais que nous n'avons pu élucider. Le sujet paraît bien plus intéressant comme représentant un syndrome anatomo-clinique congénital par dégénérescence, mais ce n'est pas un dégénéré quelconque, c'est un dégénéré partiel, localisé, et pour ainsi dire systématique ; le système nerveux est intact, l'épiderme peut être tenu pour tel, en sorte qu'on peut dire que l'ectoderme n'a pas été intéressé.

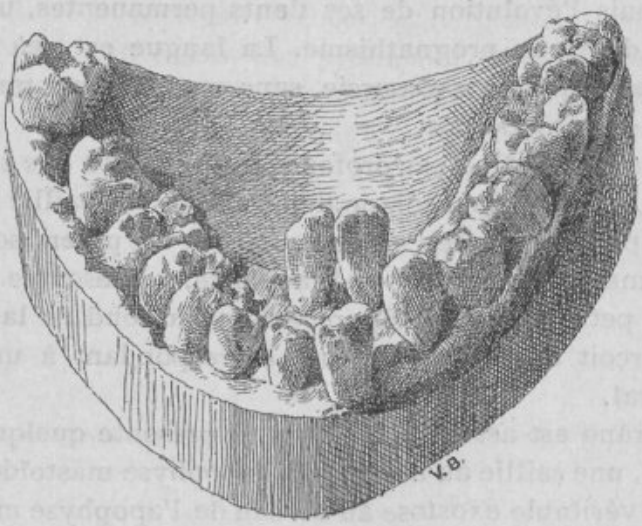
Le professeur Grasset dit à ce sujet : « à chaque syndrome anatomo-clinique de pathologie ordinaire correspond un type congénital : la *maladie de Little* est le type systématique congénital qui correspond au tabès dorsal spasmodique, de même on a décrit des cas tératologiques *congénitaux*, correspondant au tabès, des cas de tabès en quelque sorte congénital. »

Dans cet ordre d'idées, il semble bien que ce malade présente la forme *congénitale* de ce syndrome anatomo-clinique que l'on désigne sous le nom de *sclérodermie*

atrophique généralisée. Si nous regardons la face de ce



sujet nous voyons la peau appliquée contre les os, l'ab-



sence de tissu musculaire est à peu près complète. La bouche est très rétrécie, immobile, entr'ouverte, les lèvres

très minces ne sont pas assez fortes pour recouvrir les dents et ne peuvent se joindre pour siffler : l'occlusion labiale est impossible. Les oreilles raidies, indurées ne sont, pour ainsi dire, pas lobulées. Le nez, très effilé à la pointe, montre en son milieu une saillie très marquée, ses ailes sont très réduites et ne jouissent d'aucun mouvement. Les paupières très courtes n'arrivent pas à recouvrir les globes oculaires et donnent à cette physionomie un aspect horrible. Nous pouvons remarquer que les os de la face sont, en général, très notablement atrophiés, déterminant de ce fait un certain degré de prognathisme.

Si nous examinons la cavité buccale, nous constatons que les dents ont subi une anomalie de direction très prononcée elles sont projetées en avant, mais leur forme est à peu près normale, sans signification particulière, à l'exception toutefois de la grande incisive supérieure droite qui est érodée en coup d'ongle à son bord libre et pourrait faire penser à la dent d'Hutchinson Néanmoins, j'attribue l'anomalie de forme de cette première incisive à une abrasion mécanique très antérieure, le malade n'ayant pas toujours eu, depuis l'évolution de ses dents permanentes, un semblable degré de prognathisme. La langue est peu mobile, retenue en arrière raccourcie, sans que sa consistance soit sensiblement modifiée.

La voûte palatine est profonde, on constate que ses apophyses, sur la ligne médiane, déterminent une saillie osseuse antéro-postérieure, le voile est abaissé, les piliers sont normaux mais la luette est rudimentaire, représentée par un simple petit bourgeon. En regardant au fond de la gorge, on aperçoit une saillie osseuse correspondant à un corps vertébral.

Le crâne est assez volumineux, il présente quelques bosselures, une saillie au niveau de l'apophyse mastoïde droite et une véritable exostose au niveau de l'apophyse mastoïde gauche. Les membres supérieurs sont très réduits, ce sont des membres d'enfant malingre ; ce qui frappe, en même temps que l'atrophie générale, ce sont les rétractions fibro-

tendineuses qui limitent les mouvements articulaires, et gênent surtout l'extension. Il est à remarquer que les extrémités osseuses paraissent volumineuses, en raison de l'atrophie des muscles qui s'y insèrent, et en imposent pour des exostoses.

Le thorax est en somme assez bien conformé et de proportions normales ; les omoplates sont, à mon avis, les seuls os de dimensions en rapport avec l'âge du sujet.

Quant aux organes génitaux, ils sont réduits à bien peu de chose, le scrotum est rudimentaire et l'on n'y sent pas de testicules ; la verge est flétrie, raccornie, ténue ; elle présente un hypospadias balanique, et est dépourvue de fonctions génésiques.

Si nous regardons les membres inférieurs, nous retrouvons le même processus atrophique qu'aux membres supérieurs.

Par contraste avec les altérations si accentuées portant sur la peau, le tissu cellulaire sous-cutané, les muscles, les tendons, et les os, les viscères ne présentent rien d'anormal.

D'autre part, il est curieux de noter l'intégrité absolue de tout le système nerveux. Le cerveau n'est nullement touché, l'intelligence est vive, ce dégénéré cause avec beaucoup d'à-propos, résout des problèmes et fait montre de connaissances, qui lui auraient valu la première place au collège, avec certificats d'études à l'appui.

REVUE DE L'ÉTRANGER

LES PROGRÈS MODERNES EN ORTHODONTIE

Par R. Duncan Mac Bride, de Dresde.

Le progrès a été si rapide en orthodontie pendant ces dernières années qu'une ère nouvelle a été ouverte dans son histoire. Cette science repose maintenant sur une base scientifique. Autrefois, en corrigeant les irrégularités d'articulation des dents, le dentiste avait principalement pour but de modifier la partie antérieure de l'arcade dentaire, de façon à donner un meilleur aspect aux dents antérieures et à l'expression de la face. Il n'avait pas de modèle, quant à la perfection dans les résultats obtenus. Mais maintenant nous avons des modèles de perfection et, en appliquant les progrès récents réalisés dans la connaissance de l'engrènement des dents, nous pouvons agir avec une exactitude mathématique. L'orthodontie n'est plus dans le chaos ; elle possède maintenant une dignité qui la caractérise comme une spécialité, et qui lui donne droit de cité dans le domaine de l'art. La pratique de l'orthodontie a peu à faire avec la dentisterie proprement dite. C'est une spécialité, et il faut la considérer comme telle. En traitant la question des progrès modernes de l'orthodontie, je vais essayer d'en exposer clairement les principes essentiels, de la compréhension et de l'application intelligentes desquels dépend notre réussite, c'est-à dire l'orthodontie dans ses rapports avec l'esthétique, la présence nécessaire de toutes les dents, l'occlusion normale, le diagnostic des irrégularités, la valeur des premières molaires, etc.

Notre tâche est liée directement à la modification des lignes et du contour de la face humaine et quand une application intelligente des principes de l'art accompagne la pratique de l'orthodontie, le résultat esthétique cause une satisfaction que ne donne pas la chirurgie orthopédique. L'orthodontie et l'esthétique de la face ne peuvent pas être séparés. Une connaissance complète de ce dernier est une condition nécessaire au succès de la première. L'orthodontiste a affaire aux relations esthétiques des traits principaux de la face humaine et il peut, en appliquant les principes scientifiques de l'orthodontie, suivant son habileté, faire des lignes de l'imperfection les lignes de l'harmonie et de la beauté faciale. Mais le praticien malhabile, qui n'a

pas l'idée délicate de l'idéal vrai, peut agir avec une telle ignorance de l'art facial, comme c'est souvent le cas, que non seulement il ne

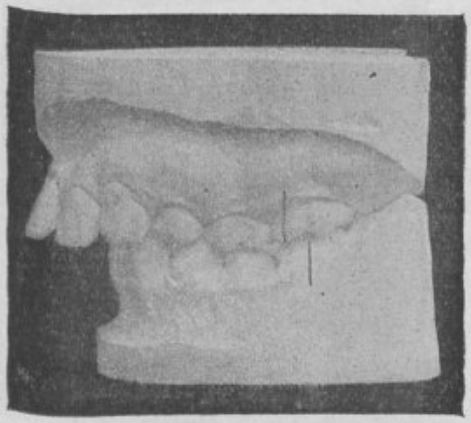


Fig. 1.

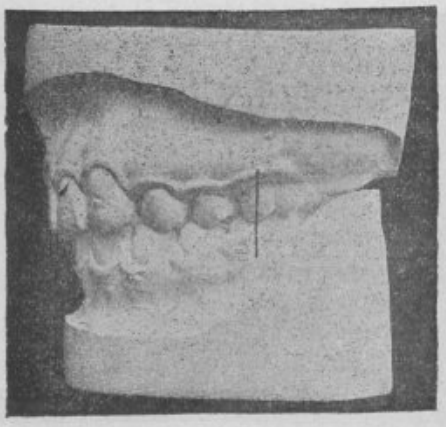


Fig. 2.

1er CAS.

réussit pas à améliorer l'aspect primitif, mais qu'au contraire il obtient des résultats encore plus déplaisants. L'orthodontiste, tout

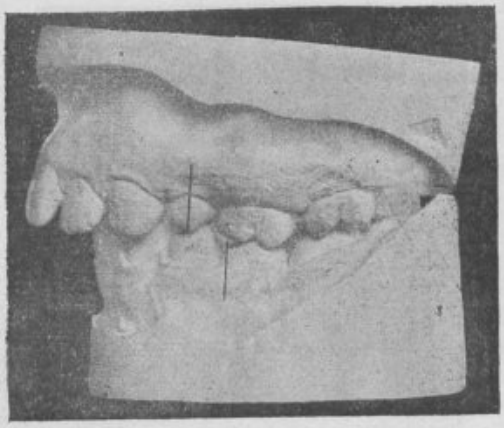
Fig. 3.

Fig. 4.

1er CAS.

comme l'artiste, doit être doué naturellement d'un talent spécial lui permettant de développer dans chaque cas le plus possible la conception artistique de la beauté rationnelle. Pour parvenir à ce degré

élevé de perfection artistique, il doit avoir une conception nette des



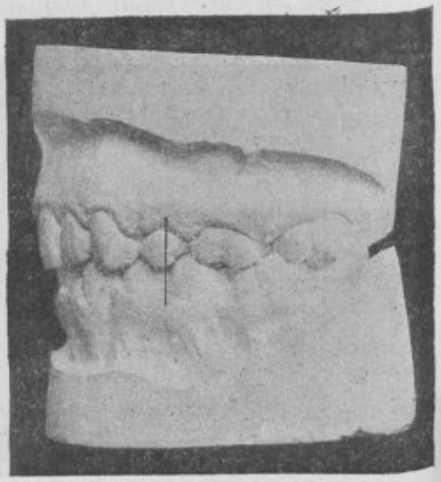


Fig. 5. 2e CAS. Fig. 6.

proportions parfaites des traits de chaque sujet. Il doit pouvoir juger

Fig. 7. 2e CAS. Fig. 8.

tout défaut d'harmonie dans le front, le nez, les lèvres et le menton de chaque individu. L'étude artistique de la face humaine est très intéressante, et nous qui habitons ce pays où les arts sont en hon-

neur, nous sommes particulièrement favorisés pour acquérir les connaissances que comporte ce sujet intéressant.

Les lignes principales de l'expression et de la beauté de la face sont limitées à une petite zone qui entoure immédiatement la bouche. Le contour esthétique de cette zone expressive dépend considérablement des dents et, par conséquent, toute articulation anormale des dents nuira plus ou moins à l'expression des traits. Autrefois les orthodontistes admettaient, en général, que l'artiste devait concevoir la forme type de la face comme un ensemble de lignes géométriques, conception réalisée par la tête de l'Apollon du Belvédère, le chef-d'œuvre de l'art grec ; mais l'expérience nous a appris que l'harmonie la plus parfaite de la zone expressive de la face d'un cas donné

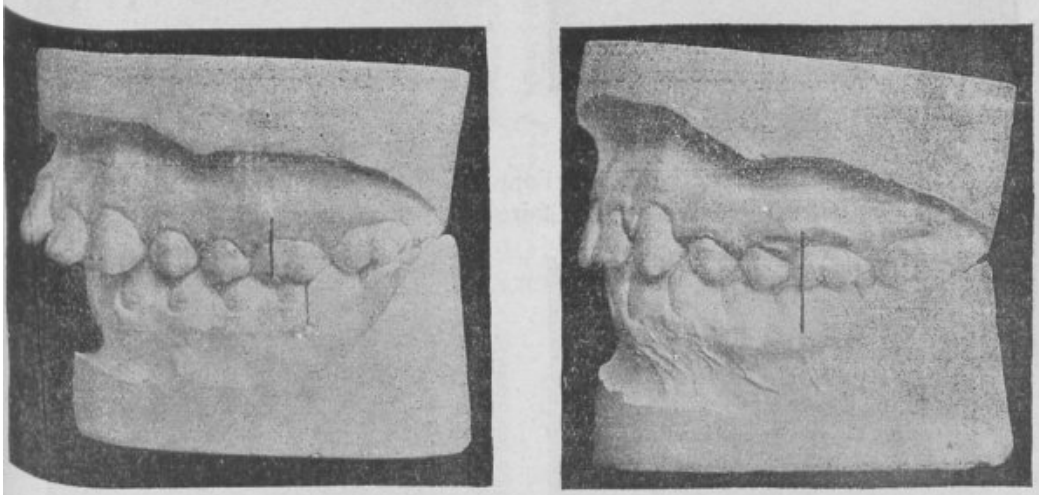


Fig. 9. 3e CAS. Fig. 10.

ne peut être obtenue que si toutes les dents sont présentes, et si chacune d'elles occupe sa position normale. Quand nous avons rétabli cette relation harmonieuse des dents, nous pouvons être satisfaits de ce que notre génie créateur ait invariablement rendu à l'expression dénaturée de la bouche ses relations propres avec les autres traits.

Quelquefois il y a, en apparence, un manque d'équilibre dans les lignes faciales dépendant immédiatement de l'arrangement normal des dents. Il est dû à un arrêt de développement ou à un développement excessif de l'alvéole, causé par la mauvaise position primitive des dents ; mais quand les relations normales des dents sont rétablies, la nature complète bientôt le développement de l'alvéole et donne ainsi aux traits de la face un équilibre et une proportion caractéristiques de son type.

Incontestablement l'opinion qui consiste à vouloir conserver toutes les dents, de façon à produire la plus grande harmonie dans les

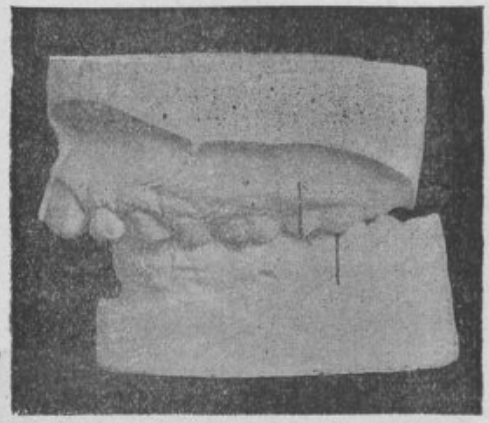


Fig. 11.

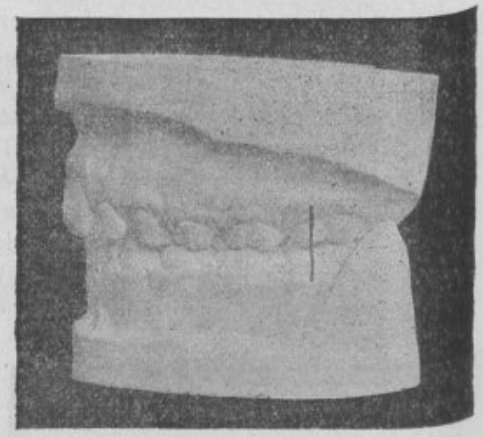


Fig. 12.

4e CAS.

lignes faciales, rencontrera de l'opposition de la part des partisans de l'extraction démesurée pour faire place aux dents serrées et leur

Fig. 13.

Fig. 14.

4e CAS.

permettre de prendre des positions plus régulières. On ne saurait trop s'élever contre une pareille mutilation de l'appareil dentaire. Je vais m'efforcer de prouver par les treize cas (dont l'un n'est pas

accompagné d'illustrations) que je vais vous présenter, qu'on a absolument tort d'extraire une bicuspide ou une molaire pour traiter les défauts d'occlusion. La plus grande difficulté que j'éprouve, c'est dans

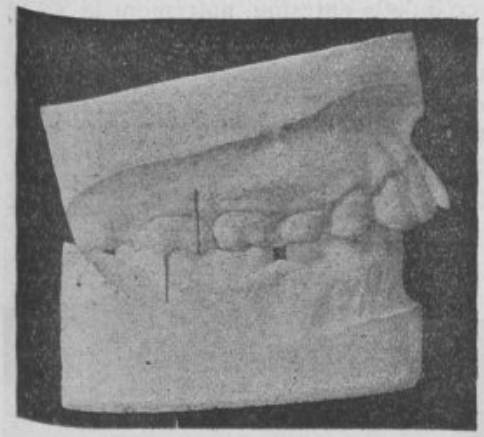


Fig. 15. 5e CAS.

Fig. 16.

le traitement des cas où un dentiste a commis la faute irréparable d'extraire les premières molaires ou les premières biscupides et quelquefois même une incisive ou une canine.

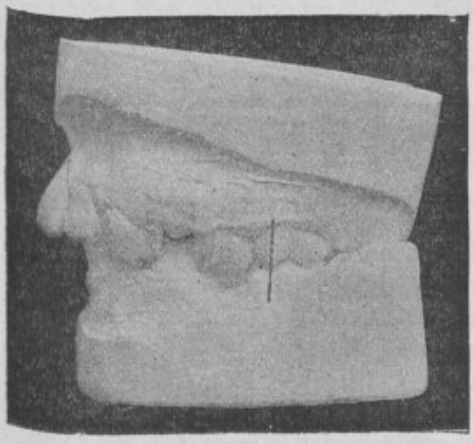


Fig. 17. 5e CAS.

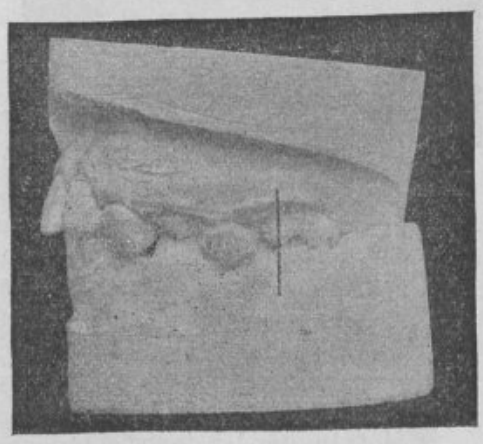


Fig. 18.

C'est avec une vive satisfaction que l'orthodontiste a salué la classification des anomalies d'articulation des dents faite par Angle en 1900. Ce praticien distingué fit le premier pas, en ouvrant cette ère nouvelle dans l'histoire de cette grande branche de la science dentaire, lorsqu'il fit de l'occlusion l'objectif principal et définit l'ortho-

dontie comme la science ayant pour but d'en corriger les irrégularités.

Celui qui étudie l'orthodontie doit, s'il veut comprendre l'importance de l'irrégularité d'occlusion, savoir ce qu'est l'articulation normale, combien elle est frappante, et ce qu'elle entraîne, autrement la tentative qu'il fera de corriger des défauts aura souvent pour effet de changer une imperfection en une autre plus grande.

Les limites restreintes de cette communication m'empêchent de donner une description anatomique de l'occlusion des dents ; je dirai donc simplement que quand l'occlusion des dents est normale, la relation des plans d'occlusion présente le maximum de surface triturante possible et fournit aux dents un soutien réciproque.

La base de l'articulation est la position relative des premières mo-

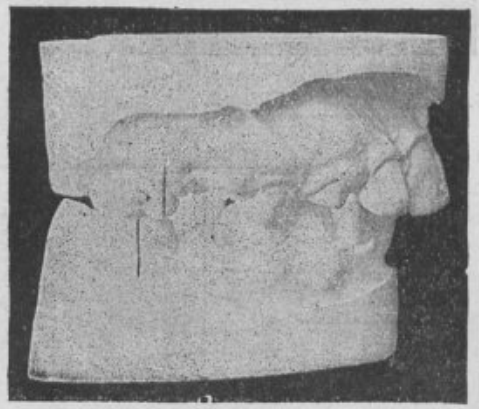


Fig. 19.

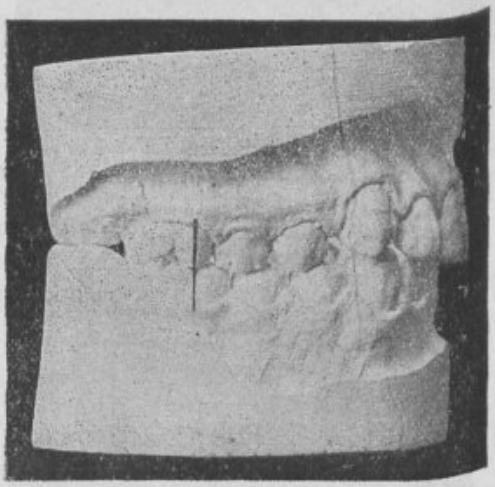


Fig. 20.

6e CAS.

laires et, quand elles sont en occlusion normale, le cuspide mésio-buccal de la première molaire supérieure s'insère dans le sillon buccal de la première molaire inférieure. Si les premières molaires s'engrènent normalement, l'éruption normale de toutes les autres dents, antérieures et postérieures à celles-ci, est possible. Si les premières molaires engrènent anormalement, mésialement ou distalement, alors toutes les dents, antérieures et postérieures, seront forcées de faire éruption et d'engrener anormalement, mésialement ou distalement, suivant l'engrènement des premières molaires. Puisque la forme des deux arcades dépend dans une si large mesure de l'engrènement des premières molaires, est-il difficile d'apprécier la valeur de ces dents ? Ne doivent-elles pas être l'objet de notre sollicitude la plus grande et mériter le traitement le plus habile afin que leur conservation puisse remplir le but poursuivi par la nature !

Autrefois nous pouvions corriger toutes les irrégularités d'occlusions sans extraire aucune dent, sauf quand les relations mésio distales de l'un ou des deux côtés des arcades étaient anormales.

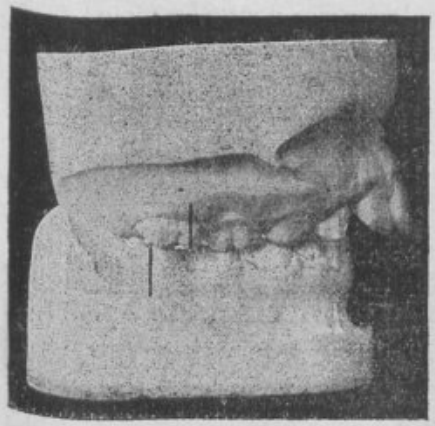


Fig. 21.

Fig 22.

7e CAS.

Quand l'anomalie dans la relation mésio-distale des arcades était causée par un arrêt de développement du maxillaire inférieur, la correction esthétique des lignes faciales et l'établissement d'une

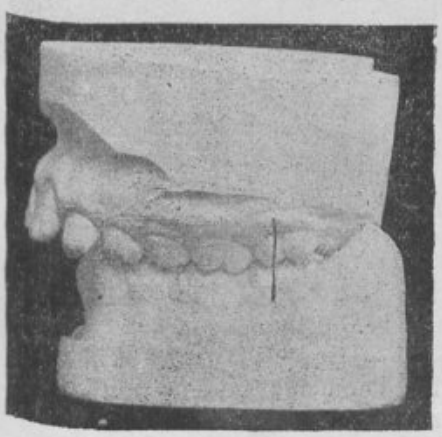


Fig. 23.

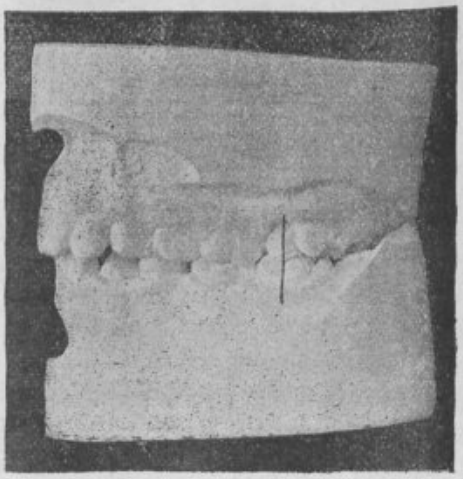


Fig. 24.

7e CAS.

occlusion normale étaient maintenus par la proéminence permanente du maxillaire inférieur. Souvent, quand les relations mésio-distales des arcades étaient anormales, il était impossible d'établir même

une articulation normale partielle en appliquant le plus intelligemment les forces connues en orthodontie ; mais récemment, l'introduction et le développement de la *rétention de Baker* a si merveilleusement simplifié le traitement de ces cas ennuyeux et de longue durée, qu'on peut corriger parfaitement avec une facilité et une rapidité étonnantes une anomalie mésio-distale dans la relation des dents. En réalité, l'application scientifique de cette force réciproque a révolutionné la pratique de l'orthodontie.

Avant de discuter l'avantage et les indications de ce genre de ré-

Fig. 25.

Fig. 26.

7e CAS.

tention, je désire appeler brièvement votre attention sur le diagnostic des irrégularités d'occlusion dentaires. Comme cela a déjà été indiqué, pour diagnostiquer correctement tout cas de ce genre, il est essentiel d'avoir une connaissance exacte de l'occlusion normale et de l'harmonie dans les lignes faciales du type donné. A moins que ces types ne soient assez complètement fixés dans l'esprit pour former une base permettant de raisonner et de noter intelligemment toutes les déviations de la normale, les limites de l'anormale seront très indéterminées et l'obtention de l'harmonie dans l'articulation et dans les lignes faciales sera très incertaine.

Faute de saisir les principes fondamentaux, on est arrivé à l'opinion que chaque cas diffère de tous les autres, nécessitant l'invention et la construction d'un appareil permettant de faire face à ses exi-

gences spéciales. Ces idées erronées étaient largement répandues dans la profession avant l'introduction de la classification d'Angle.

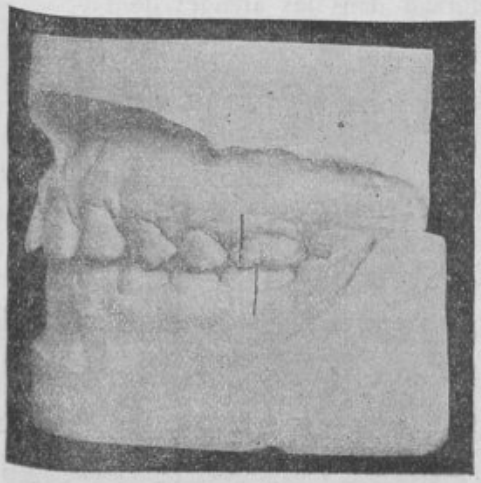


Fig. 27.

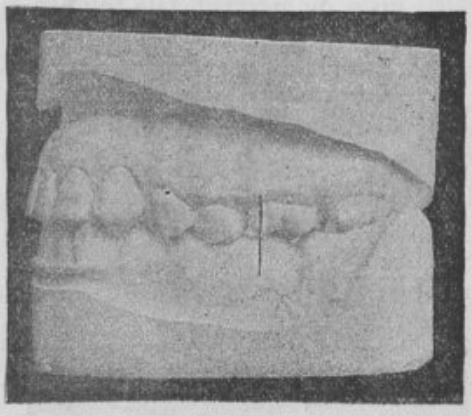


Fig. 28.

8e CAS.

Cette classification a eu pour conséquence non seulement une connaissance plus complète des principes de l'orthodontie, mais aussi

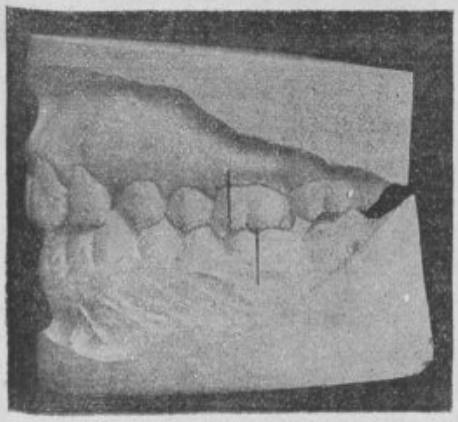


Fig. 29.

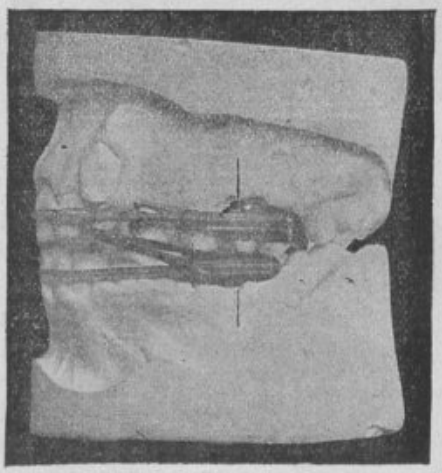


Fig. 30.

9e CAS.

une plus grande simplification des appareils nécessaires pour corriger les défauts de l'occlusion.

En diagnostiquant ceux-ci nous devons considérer, d'abord, la relation mésio-distale des maxillaires et des arcades dentaires ; en-

suite la position individuelle des dents ; puis les lignes faciales. Naturellement l'engrènement des premières molaires a été choisi pour noter les variations du type normal dans les arcades dentaires. Le point choisi de préférence pour indiquer la relation normale ou mésio-distale relative des arcades dentaires est le cuspide mésio-buccal de la première molaire supérieure, qui, comme nous l'avons dit, s'engrène dans le sillon buccal de la première molaire inférieure. Si les premières molaires sont en occlusion normale, il est possible pour les dents faisant éruption par la suite de prendre leur relation mésio-distale correcte. Cependant souvent les dents subséquentes font éruption en mauvaise position. Dans ces cas, le traitement

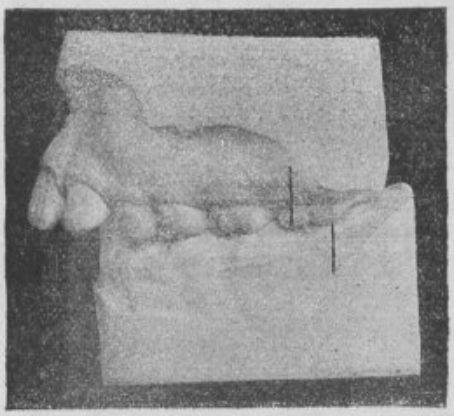


Fig. 31.

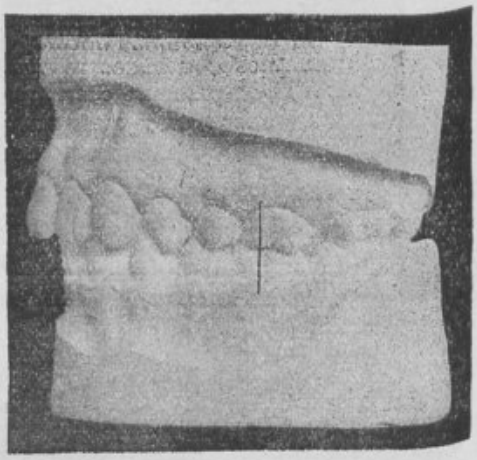


Fig. 32.

10e CAS.

indiqué consiste à placer les dents mal placées dans une ligne d'occlusion exacte. Cela doit avoir nécessairement pour résultat une harmonie complète des arcades dentaires et une occlusion parfaite de toutes les dents, car la relation des premières molaires, le point de départ de l'occlusion, est exact.

L'appareil le plus simple, le plus convenable et le plus efficace pour corriger ces irrégularités est l'arcade à expansion, qui, maniée intelligemment de concert avec des ligatures en fil métallique, est très efficace pour rendre une arcade dentaire parfaitement normale.

Mais si les molaires inférieures en prenant leur position s'engrènent avec leurs antagonistes, distalement ou mésialement à la normale, chaque dent subséquente sera contrainte de prendre une mauvaise position et le résultat sera une irrégularité complète de l'un des côtés des arcades dentaires ou de tous les deux, suivant le cas (V. cas 1 à 12).

Le traitement exige clairement que nous ne devons extraire aucune dent, mais bien corriger la cause de la difformité en plaçant les premières molaires, clef initiale naturelle de l'articulation parfaite, dans leurs relations normales. Cela se fait, dans des cas où l'arcade inférieure est distale quant aux relations normales, en déplaçant toutes les dents supérieures distalement et toutes les dents inférieures mésialement ou, dans des cas spéciaux, lorsque les lignes faciales l'exigent, en faisant avancer le maxillaire inférieur, jusqu'à ce qu'on ait établi un engrènement normal des premières molaires, des relations

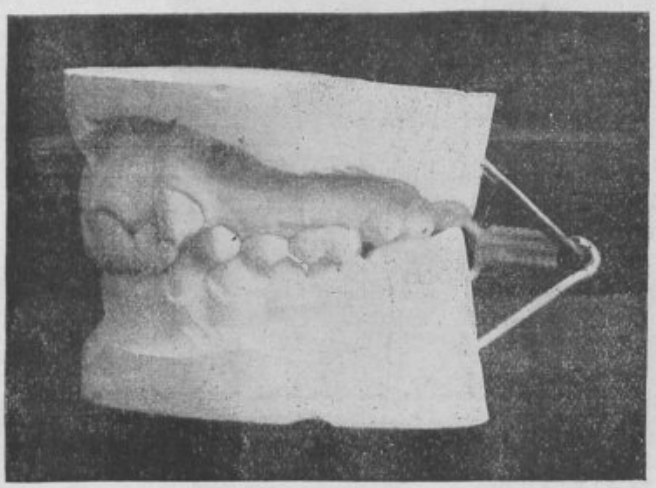
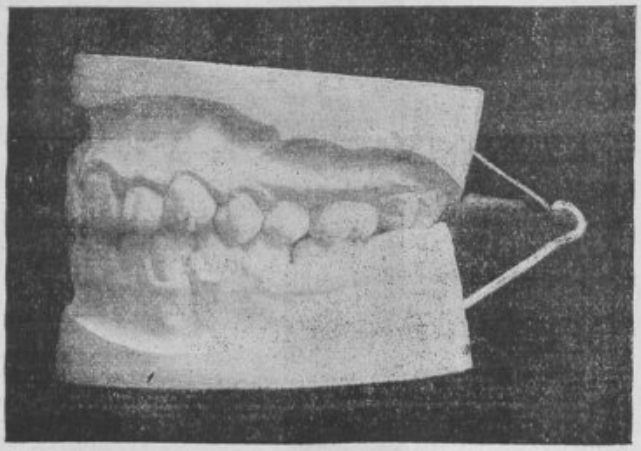


Fig. 33.

11e CAS.

Fig. 34



normales de tous les plans d'articulation des dents et l'harmonie dans la dimension des arcades.

Pour amener ce déplacement mésio-distal des dents, des arcades

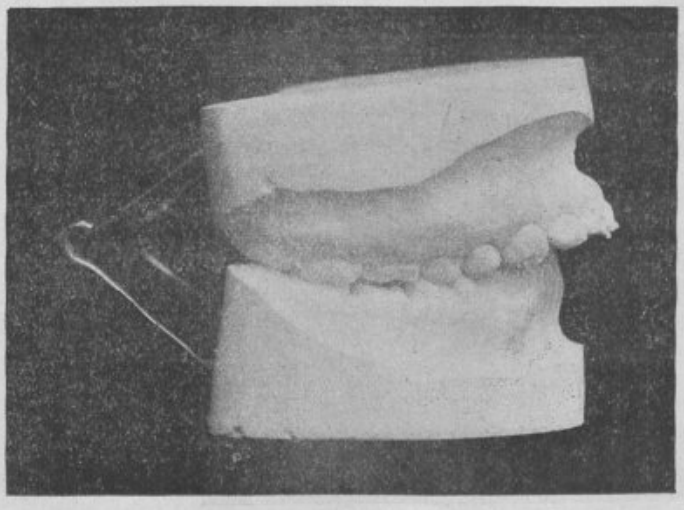
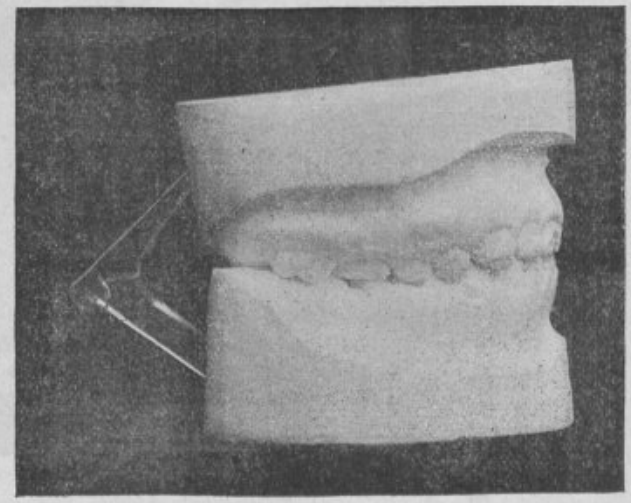


Fig. 35.

12e CAS.

Fig. 36.



d'expansion, tubes d'engagement qui sont fixés par des bandes à clamps aux premières molaires, sont ajustées sur les arcades dentaires supérieures et inférieures et la force employée est exercée au moyen des bandes élastiques, qui réunissent un crochet à gaîne fixé à la face

inférieure de l'arcade d'expansion supérieure dans la région des canines à l'extrémité distale des tubes sur les bandes des premières molaires inférieures (fig. 37).

Cette force réciproque opère distalement sur l'arcade supérieure et mésialement sur l'inférieure et son emploi intelligent, a comme nous l'avons dit, révolutionné la pratique de l'orthodontie. Dans la combinaison des arcades d'expansion, et cette rétention réciproque pour la correction de toute anomalie dans la relation du rapport mésio-distal des arcades dentaires, nous avons un appareil remarquable par sa simplicité de construction, par sa facilité d'adaptation

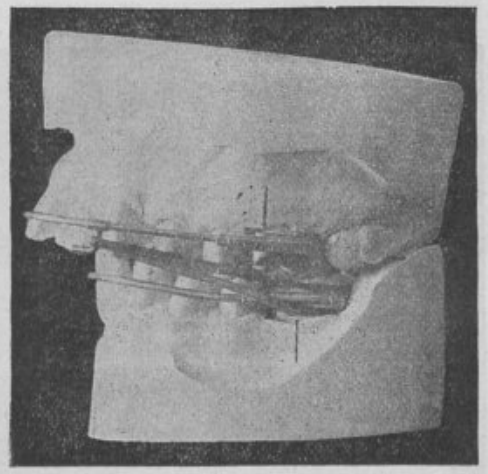


Fig. 37.

et de manipulation, qui, s'il est manié convenablement, corrige les cas les plus compliqués avec une rapidité surprenante et une commodité absolue pour le patient.

Les deux arcades d'expansion doivent avoir des écrous agissant au devant des tubes sur les bandes des molaires. Ces écrous donnent à l'opérateur l'action la plus étendue sur le mouvement des deux arcades dentaires, car, en serrant ces écrous à l'arcade supérieure, toute la force des ligatures élastiques agira sur les molaires supérieures, en les déplaçant distalement, et, en les desserrant, la force se répandra sur la portion antérieure de l'arcade supérieure. Les dents antérieures du bas doivent être fixées à l'arcade d'expansion inférieure afin que la force opérant mésialement sur les premières molaires agisse sur l'arcade inférieure entière. En serrant les écrous de l'arcade d'expansion inférieure, toute la force des ligatures élastiques est dirigée mésialement sur les dents antérieures du bas, et, en les desserrant, elle agit sur les premières molaires et les bicuspides inférieures.

Dans les cas où l'occlusion distale du maxillaire inférieur est limitée à un côté, le traitement est identique à celui qui vient d'être décrit, sauf qu'on n'emploie qu'un seul crochet à gaîne avec sa ligature de caoutchouc (cas V, VII).

Habituellement dans cette catégorie les bords incisifs des dents antérieures du bas donnent contre le plan linguo-gingival des dents supérieures ou sur la muqueuse du palais ; mais cette partie du traitement, qui semble difficile, est également parfaitement corrigée par l'influence de la force réciproque des ligatures élastiques, par suite de leur tendance à élever les molaires inférieures, ainsi que les bicuspides, si elles sont liées à l'arcade métallique.

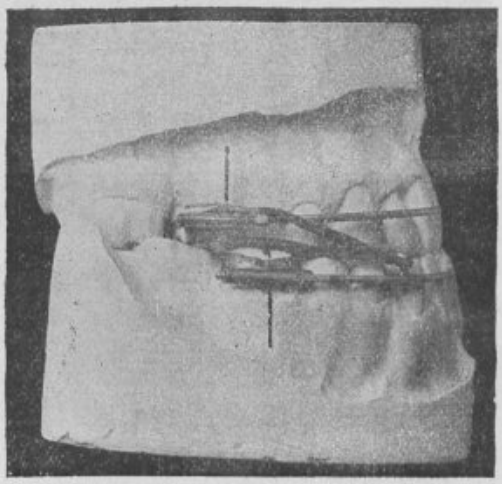


Fig. 38.

Quand l'arcade inférieure est mésiale par rapport aux relations normales, le traitement décrit est inverse. Les crochets à gaîne sont fixés à la face supérieure de l'arcade d'expansion inférieure bien en avant et des ligatures de caoutchouc sont tendues entre ceux-ci et les tubes sur les bandes des premières molaires supérieures (V. fig. 38).

On verra facilement que, puisque la relation normale des premières molaires est la clef de l'articulation normale, on peut, en appliquant cette rétention réciproque, corriger toute irrégularité des premières molaires dans le jeune âge, ce qui permet aux dents subséquentes, quand elles font éruption, de prendre leurs positions exactes dans les arcades. En profitant de la possibilité de ce traitement dans la tendre enfance, ces cas simples, qui deviennent par la suite des cas très compliqués, peuvent être parfaitement corrigés avec facilité et avec rapidité. Le 5e cas est un bon exemple de ce traitement que je con-

seille d'appliquer de bonne heure. Le sujet était une jeune fille de 11 ans, habitant hors de Dresde et pendant le traitement, qui dura quatre semaines environ, elle ne fit que quatre visites à mon cabinet.

Parmi les autres emplois de cet appareil, la distance relative entre les parties antérieure et postérieure des arcades dentaires peut être augmentée ou diminuée. Par exemple, dans les 8e et 9e cas il n'y avait pas de place pour que la canine supérieure put faire éruption dans une position convenable. Une rétention réciproque fut appliquée au côté gauche seul pour agir distalement sur les molaires supérieures et ultérieurement sur les bicuspides. Les dents supérieures de

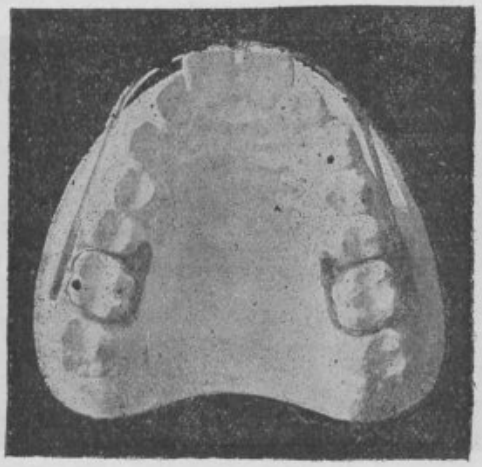


Fig. 39.

devant étaient liées à l'arcade d'expansion et, en serrant les écrous sur cette arcade en avant des tubes du ruban de la molaire, les dents antérieures étaient poussées en avant. Ainsi, par suite du mouvement en arrière des bicuspides et des molaires et du mouvement en avant des dents antérieures, il y eut suffisamment d'espace pour l'éruption normale de la canine et en même temps une articulation parfaite de toutes les dents était assurée.

Les arcades d'expansion supérieures et inférieures ont une forme s'approchant des arcades dentaires normales (fig. 39) et, tandis que nous exécutons la simple opération d'amener toutes les dents en contact avec les arcades en fil métallique, ce qui produit des arcades dentaires normales, les ligatures élastiques corrigent réellement les autres anomalies de l'engrènement.

La force des ligatures de caoutchouc employées avec cet appareil dépend du nombre des dents à déplacer et des caractéristiques phy-

siques du patient. Les bandes de caoutchouc rouge nos 6 et 8 fabriquées par A. W. Faber, de Berlin, sont très satisfaisantes pour cet objet. Dans ma pratique, en outre de ces deux numéros, j'ai trois autres dimensions, que j'ai fait faire spécialement. Sur mon conseil, le n° 6 rouge a été récemment mis en vente par ce fabricant. La maison White fournit également les rubans de caoutchouc Angle, qui sont à peu près les mêmes que le n° 6 rouge fait par Faber.

Quand les relations parfaites des dents et des arcades dentaires ont été établies, il est très important de retenir les dents dans leur nouvelle position par un moyen simple, qui empêchera tout changement dans la relation mésio-distale des arcades. Beaucoup de mes

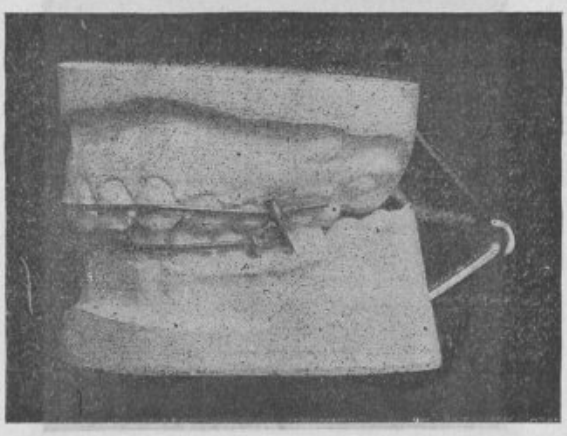


Fig. 40.

patients habitent si loin de Dresde que je ne puis les voir quand mon traitement est fini ; alors j'ajuste des plaques de rétention qui possèdent beaucoup des excellents avantages des plaques de rétention hygiéniques de Baker. Ces plaques sont munies d'arcs labiaux et, sur l'un des côtés, d'un arc-boutant s'étendant vers le bas de l'arc labial supérieur et agissant distalement à l'extrémité de l'arc labial inférieur, comme dans la figure 40. Cet arc-boutant est fait avec le morceau d'or qui passe entre les dents et joint l'arc labial à la plaque en l'étendant buccalement et vers le bas. Cette plaque est construite de façon à ne pas entraver l'ajustage final des plans inclinés d'occlusion lorsque les dents sont dans leur position normale. Avant de congédier ces patients, je leur donne des pièces en double, afin qu'en cas d'accident ils puissent mettre la pièce de réserve et prévenir ainsi tout changement de position des dents. Ces patients, de temps en temps, m'envoient des empreintes de leur articulation, prises avec un composé à modèles, qui me permettent de fixer autant qu'il est possible, les

conditions du cas. Les rétenteurs sont portés quelque temps après l'établissement de l'articulation parfaite des plans occlusaux, puis ils sont retirés. Si l'occlusion normale parfaite a été établie, il est impossible qu'un changement se produise dans la position des dents, car l'articulation normale, rétenteur naturel, n'est pas changeable.

Je vous invite à examiner les modèles de ces treize cas, dans douze desquels j'ai rétabli l'articulation normale en déplaçant mésio-distalement les arcades dentaires.

(*Dental Review*, novembre 1904.)

BIBLIOGRAPHIE

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 GÉNÉRALE PAR LE PROTOXYDE D'AZOTE, *par le Dr Georges Beltrami. Thèse de Paris*, 1905.

Dans la thèse qu'il vient de soutenir devant la Faculté de Paris, le Dr Beltrami fait l'étude très complète de l'anesthésie générale par le protoxyde d'azote, se proposant ainsi de lutter contre la « tendance générale de la plupart des auteurs français à délaisser ce procédé de narcose ».

Après un coup d'œil d'ensemble sur les divers modes d'anesthésie, depuis l'insensibilité provoquée par l'ivresse alcoolique, jusqu'à la narcose par le sœmnoforme, l'ouvrage débute par un chapitre d'historique, où l'on trouvera de nombreux détails sur les débuts mouvementés et les vicissitudes diverses du gaz hilarant, au cours de sa longue carrière.

L'auteur fait ensuite l'étude chimique et physiologique du protoxyde d'azote, et insiste sur la nécessité d'employer un gaz absolument pur ; il conclut de ses recherches expérimentales que celui-ci doit être utilisé sans mélange d'oxygène ni d'air pour produire l'anesthésie ; que, d'ailleurs, il agit par ces propriétés anesthésiques particulières, indépendantes de l'asphyxie concomitante, qu'il est d'une innocuité absolue, n'ayant d'action, légère, que sur le système cardio-vasculaire.

M. Beltrami ne connaît pas de contre-indication formelle à l'anesthésie protoazotée, qui, à son avis, convient parfaitement aux enfants, aux vieillards, aux jeunes filles en formation, aux femmes en période de grossesse ou de ménopause, aux névrosés, aux cardiaques, aux diabétiques, aux tuberculeux. Bien plus, le protoxyde d'azote exercerait un effet salutaire sur les bronchitiques et les pulmonaires, particulièrement sur les asthmatiques et les emphysémateux (!?) M. Beltrami, qui a été interne des hôpitaux de Marseille, nous paraît quelque peu exagérer les manifestations de son enthousiasme, dont il pourrait être dangereux de ne pas faire la part : sa thèse semble par moment, tourner au panégyrique.

La seule contre-indication admise par l'auteur est toute morale :

c'est la peur. Il ajoute cependant : « Nous devons à la vérité de dire que nous avons refusé d'endormir un jeune homme de 24 ans, de taille moyenne, et pesant plus de 120 kilos. Comment se serait-il comporté sous l'influence du protoxyde d'azote, voilà ce que nous ne pouvons dire, et quoique *a priori* nous soyons persuadé que l'opération se serait passée sans accident, nous n'avons absolument pas voulu assumer une telle responsabilité. Le succès obtenu avec le protoxyde d'azote sur le roi d'Angleterre me permet de croire à la réussite dans notre cas. » Nous craignons que l'affection vouée par l'auteur au protoxyde d'azote ait quelque peu endormi la vigilance de son esprit critique.

Ne se contentant pas de se faire le champion de l'anesthésie protoazotée en chirurgie dentaire, M. Beltrami voudrait la voir employer dans les interventions prolongées. Nous doutons que les différentes méthodes d'application, qu'il cite en terminant, se généralisent.

On trouvera à la fin de l'ouvrage un index bibliographique très complet de la question.

ETUDE SUR LE MAL PERFORANT BUCCAL TABÉTIQUE, *par le Dr R. Henry. Thèse de Paris. H. Jouve,* 1905.

Cette affection, signalée pour la première fois en 1868 par Labbé, et, depuis, décrite sous de multiples appellations, a reçu sa dénomination définitive du professeur Fournier qui, la rapprochant du mal perforant plantaire, en établit l'étiologie. Cette manifestation du tabes est relativement rare ; bien des points de son histoire sont demeurés obscurs, et de nombreuses théories pathogéniques ont été émises à son sujet. M. Henry a donc été heureusement inspiré en lui consacrant sa thèse inaugurale.

Il décrit, sous le nom de mal perforant buccal, la chute spontanée des dents chez les tabétiques, la résorption des rebords alvéolaires et des corps des maxillaires, et enfin les ulcérations de la muqueuse, les fistules et les perforations, tous symptômes solidaires d'une même maladie, dont ils constituent les différentes étapes. Nous sommes d'accord avec lui pour regretter qu'une appellation plus compréhensive n'ait pas été choisie, celle par exemple, de *résorption progressive des arcades alvéolaires et des corps des maxillaires.*

L'auteur expose avec méthode le tableau clinique du mal perforant buccal, à ses différents stades, et, s'appuyant toujours sur les cas déjà publiés ou sur ses observations personnelles, il en donne une excellente description.

Un des chapitres les mieux venus de cette intéressante thèse est celui qui est consacré à l'étiologie et à la pathogénie du mal perfo-

rant buccal. L'auteur en démontre nettement l'origine tabétique ; il en fait un symptôme de la période préataxique du tabes dont il peut même être le premier indice ; il n'accompagne pas toutes les formes de cette maladie ; les cas de tabes avec mal perforant buccal affectent le plus souvent la forme céphalique ; les lésions anatomiques maxima sont au niveau de l'encéphale et du bulbe et vont en diminuant du haut en bas de la moelle, contrairement aux cas de tabes ordinaires, où les lésions, ayant débuté dans la région lombaire, suivent une marche ascendante. C'est là la raison de la rareté relative de l'incoordination motrice dans le tabes avec mal perforant buccal.

Plus loin, M. Henry soumet à une discussion serrée les théories pathogéniques de la chute des dents, surtout la théorie infectieuse et la théorie névritique. Pour lui, la chute des dents est due à une véritable arthropathie de l'articulation alvéolo-dentaire, plus ou moins secondée par l'infection et le traumatisme physiologique de la mastication. D'autre part, pour expliquer le mécanisme de la perforation, et la différence existant entre les cas de résorption sans perforation et ceux avec perforation, l'auteur invoque des considérations anatomiques portant sur le plus ou moins grand développement du sinus, considérations qui rendent compte de nombreuses conditions étiologiques.

A la fin de son ouvrage, l'auteur a pu réunir trente-trois observations dont plusieurs sont personnelles ; il y a joint deux tableaux synoptiques d'une lecture facile, résumant la symptomatologie du mal perforant buccal.

La thèse du Dr Henry constitue, en somme, un précieux appoint à la connaissance de cette affection ; écrite avec méthode, clarté et sincérité, elle sera lue avec fruit par tous ceux qui sont soucieux de se documenter sur cette question si complexe. Elle fait grand honneur à son auteur, chez qui elle dénote une rigueur scientifique très avisée.

HENRI DREYFUS.

LA COCAÏNE EN ART DENTAIRE, *par le Dr Paul Poinsot. Thèse de Paris. Vigot frères*, 1905.

Nous avons également reçu la thèse de M. Paul Poinsot, fils du très regretté président-directeur honoraire de l'Ecole dentaire de Paris. C'est une revue complète des applications de la cocaïne à l'art dentaire, depuis le simple collutoire utilisé en vue d'insensibiliser la gencive, jusqu'aux solutions injectables, en passant par les pansements destinés à lutter contre l'hyperesthésie de la dentine, ou à supprimer la douleur dans l'escharification de la pulpe. On y trouvera de nombreuses

formules, dont beaucoup sont dues à M. Poinsot père, formules dans lesquelles la cocaïne se trouve ingénieusement associée à divers médicaments.

L'auteur insiste particulièrement sur les injections aqueuses de cocaïne, et rend hommage aux travaux de MM. Reclus, Sauvez et Viau. Cependant ses préférences vont nettement à la phénylcocaïne (solution de cocaïne dans l'oléonaphte, avec addition d'acide phénique synthétique). Après une courte mention relative à la stovaïne, M. Poinsot étudie l'emploi de la cocaïne dans l'extraction de la pulpe et des filets radiculaires, en injection soit dans la gencive soit dans la chambre pulpaire, et il conclut contre ces méthodes qui lui paraissent infidèles.

H. D.

INDEX DER DEUTSCHEN ZAHNARZTLICHEN LITERATUR.

La Société centrale des chirurgiens-dentistes allemands a chargé le professeur Port, de Heidelberg, de rédiger un *index de la littérature dentaire allemande et de la bibliographie dentaire* pour 1903 et 1904.

Cet ouvrage de 184 pages est divisé en deux parties : dans la première, qui comprend dix chapitres, subdivisés en sections, sont rangés 1699 titres d'ouvrages ou d'articles dentaires sous le nom de l'auteur, avec les indications bibliographiques nécessaires.

La seconde partie se compose d'une liste de tous les auteurs mentionnés dans la première et rangés par ordre alphabétique, avec un numéro d'ordre renvoyant aux ouvrages et articles.

L'ouvrage est édité chez Hörning et Berhenbusch, à Heidelberg.

REVUE ANALYTIQUE

Par MM. Henri Dreyfus et Georges Lemerle.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS. — *Une unité de mesure adoptée en art dentaire.* — *Des mots improprement employés par les dentistes considérés à un point de vue moral.*
PATHOLOGIE. — *Traitement de la pyorrhée alvéolaire.* — *Erosions chimiques des dents.* — *Accidents bucco-dentaires causés par l'acide arsénieux.* — *Les phénomènes de prédisposition et d'immunité dans la carie dentaire, considérés dans leurs rapports avec la dentisterie opératoire.* — *La pelade d'origine dentaire.* — *Sur l'angine d'origine dentaire.* — *Carie dentaire et lupus.* — *Intoxication hydrargyrique par obturation dentaire.*

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

Une unité de mesure adoptée en art dentaire.

En Amérique, les unités de mesure les plus diverses sont en usage ; elles varient selon les Etats. L.-A. Smith regrette cet état de choses, et en expose les nombreux inconvénients lorsqu'il s'agit d'art dentaire et lorsque le dentiste veut faire des commandes à ses fournisseurs. Il propose d'adopter le système métrique afin de remédier à la confusion actuelle. Il souhaite que les associations professionnelles des Etats-Unis discutent la question et proposent une définitive solution à ce problème. G. L.

L.-A. Smith (Dental Era, avril 1905.)

Des mots improprement employés par les dentistes considérés à un point de vue moral.

Il s'agit d'une conférence faite par M. Gowan devant ses collègues de la Société dentaire de l'Ontario.

M. Gowan examine le langage usuel des dentistes des Etats-Unis vis-à-vis de leur clientèle et il déplore que ses confrères se laissent aller parfois à certaines trivialités dans le choix des mots qu'ils emploient. Le mot *garantie*, par exemple, ne doit jamais être employé par un dentiste respectueux de son titre, car, si ce mot est licite dans une opération commerciale, il cesse totalement de l'être lorsqu'il s'agit d'un dentiste. La seule garantie qu'il puisse faire parfois, dit-il, c'est, lorsqu'il vient d'extraire une dent, d'assurer que cette dernière ne retournera pas dans l'alvéole.

L'expression « *tuer le nerf* » est tout à fait lamentable, digne d'un boucher. Les mots de dévitalisation et de destruction de la pulpe sont faits pour être employés.

Nous ne passerons pas en revue ainsi les nombreuses expressions relevées par M. Gowan, mais nous avons cru particulièrement intéressant de signaler cet article lorsque le Dr Sauvez, tout récemment, dans ce journal, parlait du souci d'extrême correction qui semble faire le fond de la psychologie professionnelle des dentistes des Etats-Unis.

En effet, il est douteux qu'en France, un dentiste songe un seul instant à faire une conférence à ses confrères sur un sujet, analogue à celui de M. Gowan. En Amérique au contraire nous voyons une étude sur la correction du langage remplir un article qui occupe sept grandes pages d'un journal professionnel. Ce souci de correction du langage est intéressant à signaler et à *encourager*. G. L.

W.-C. Govan (Dominion Dental Journal. Toronto, avril 1905.)

PATHOLOGIE

Traitement de la pyorrhée alvéolaire.

M. Gordon White étudie le *Traitement de la Pyorrhée alvéolaire.* Avant de commencer aucune intervention l'auteur fait faire une série de lavages de la bouche et de brossages à l'eau oxygénée ; puis il pratique le curetage des articulations malades. Il procède par groupes de dents. Après anesthésie par injection de cocaïne on exécute le curetage articulaire à l'aide d'instruments très fins. Cette opération très minutieuse et assez longue a pour but de débarrasser l'espace alvéolo-dentaire des « calculs séreux » qui s'y trouvent ; on ne doit donc pas craindre de faire profondément pénétrer la curette.

L'auteur enlève la pulpe des dents dont l'articulation est atteinte, non point seulement dans le cas de gangrène pulpaire secondaire à la « pulpite ascendante » décrite par Frey, mais systématiquement, dans un but thérapeutique dont nous trouvons l'explication bien obscure. La dévitalisation des dents entraînerait en effet des modifications dans la circulation alvéolo-dentaire qui auraient un heureux effet sur l'évolution de la pyorrhée.

Après le curetage, lavage des culs-de-sac articulaires à l'aide de sondes à canaux garnies de coton et imbibées d'acide lactique. Avec Younger, l'auteur considère l'acide lactique, comme un modificateur remarquable des lésions alvéolo-dentaires. On aura soin d'éponger l'excès d'acide au niveau du collet des dents afin d'éviter de léser la muqueuse de la bouche.

Là ne s'arrête point le traitement de la pyorrhée. Le malade doit être suivi longtemps. Une rigoureuse propreté de la bouche doit être entretenue à l'aide de brossages fréquents dans la même journée.

Des applications de teinture d'iode sur les gencives aideront à maintenir les résultats obtenus.

Le massage digital des culs-de-sac alvéolo-dentaires pourra être utilement employé par le malade lui-même. A ces soins locaux devront enfin s'ajouter des indications générales portant surtout sur le régime et propres à combattre l'état arthritique du sujet.

Gordon White (Dental Digest, avril 1905.)

Erosions chimiques des dents.

Un comité de trois membres a été désigné par la Société dentaire de Chicago afin d'étudier les *Erosions chimiques des dents.*

Le rapport de ce comité vient d'être publié. Les auteurs passent d'abord en revue les divers travaux qui ont été faits depuis plusieurs années sur la question. Un juste hommage est rendu à Frey au sujet de sa monographie sur l'érosion chimique qui, pour la première fois, a mis la question au point.

Des travaux des trois auteurs de ce rapport ressortent les faits suivants :

L'érosion chimique est due à l'acide lactique contenu dans la salive et qui forme au contact des tissus dentaires du lacto-phosphate de chaux dont l'analyse décide la présence dans les bouches atteintes d'érosion chimique.

Mais d'où vient cet acide lactique ? Les auteurs proposent deux hypothèses entre lesquelles ils ne décident point.

L'acide lactique disent-ils peut être dû aux cultures microbiennes qui existent dans la bouche en quantité. Dans ce cas l'érosion chimique n'aurait aucun rapport immédiat avec l'état général du sujet.

La présence de l'acide lactique, disent-ils encore, en seconde hypothèse, peut être attribuée à une activité cellulaire spéciale des tissus de la bouche en rapport avec l'état général de l'individu, activité cellulaire qui aboutirait à la formation ou à l'élimination d'acides chez les arthritiques hyperacides.

Au résumé, les travaux de la commission de Chicago nous donnent à la fois une bonne revue générale de la question et des recherches expérimentales intéressantes mais ils n'apportent point de solution définitive au sujet de l'étiologie de l'érosion chimique des dents.

G. L.

Rapport du comité désigné par la Société dentaire de Chicago pour étudier les érosions des dents. J.-E. Hinkins, G.-W. Cooti, J.-P. Buckley *(Dental Review,* 15 avril 1905.*)*

Accidents bucco-dentaires causés par l'acide arsénieux.

M. Inglis étudie les *Accidents bucco-dentaires qui peuvent être causés par l'acide arsénieux* et il essaie de nous en donner une classification.

L'auteur expose d'abord le mécanisme de l'action nécrosante de l'acide arsénieux. L'arsenic, nous dit-il, possède une action élective sur le tissu nerveux.

Se fixant sur les filets vaso-moteurs il en provoque la paralysie. Une vaso-dilatation paralytique en résulte, qui entraîne secondairement la nécrose des tissus voisins.

Une grande quantité d'acide arsénieux, outre des accidents locaux, provoque également des accidents généraux, probablement par passage du médicament dans la circulation.

Ce sont surtout les accidents uniquement locaux, dus par conséquent à des quantités relativement minimes d'arsenic que l'auteur se propose d'étudier et de classer.

Il propose la division suivante :

1) Nécrose de la gencive au niveau d'un espace interdentaire.

2) Nécrose du rebord gingival entourant une ou plusieurs dents.

3) Nécrose limitée du rebord alvéolaire au-dessous du festion gingival.

4) Nécrose étendue par fusée dans toute l'articulation alvéolo-dentaire.

5) Nécrose apexienne par fusée de l'acide arsénieux à travers le canal radiculaire.

6) Enfin en dernier lieu nécrose plus ou moins étendue de la langue et des joues par contact avec un pansement défectueux à l'acide arsénieux.

Les conclusions pratiques qui doivent être tirées de cette étude sont en somme classiques et se résument en l'emploi toujours prudent de très petites quantité d'acide asénieux sous des pansements bien occlusifs.

G. L.

Otto E. Inglis (Pacific Dental Gazette, avril 1905.*)*

Les phénomènes de prédisposition et d'immunité dans la carie dentaire considérés dans leurs rapports avec la dentisterie opératoire.

M. C.-N. Johnson expose les phénomènes de prédisposition et d'immunité dans la carie dentaire considérés dans leurs rapports avec la dentisterie opératoire.

Reprenant des idées déjà anciennes, l'auteur refuse aux imperfections de l'émail le rôle de causes prédisposantes importantes dans la carie dentaire. Aux causes prédisposantes locales, il oppose la prépondérance des causes prédisposantes générales, en particulier de la composition du milieu buccal.

Il fait remarquer que des gens à bouche mal tenue n'ont jamais de carie, tandis que d'autres, observant une hygiène judicieuse, en présentent cependant un grand nombre.

S'appuyant sur les travaux de Michaëls, il attribue ce fait à des variations dans l'état du milieu buccal, variations favorables ou défavorables à la carie. Il considère que ce milieu, formé par la salive, est variable selon les individus et selon leurs maladies générales. On découvre ainsi la cause de la susceptibilité à la carie de certains individus, et de l'immunité qui semble appartenir à d'autres suivant les modifications que subit leur milieu buccal.

La prophylaxie de la carie consiste donc à modifier heureusement ce milieu lorsqu'il est défavorable. C'est de ce côté que doivent être tournées les recherches dans l'avenir.

Pour le moment, l'auteur recom-

mande une hygiène dentaire active : Ne tolérer aucune carie débutante sans obturation, nettoyages fréquents et minutieux, surveillance étroite exercée par le dentiste au cours d'examens répétés. On peut espérer ainsi modifier le milieu buccal et le rendre défavorable au développement de la carie dentaire. G. L.

C.-*N. Johnson*, D. D. S. Chicago. (*British Journ. of dental science*, nº 895, mai 1905.)

La Pelade d'origine dentaire (pelade de Jacquet).

Le Dr Laumonier étudie dans un travail très complet l'état actuel de la question de la pelade d'origine dentaire.

L'hypothèse contagionniste de la pelade, en dépit des recherches de Sabouraud, se heurta de bonne heure à de fortes objections. On admit de plus en plus que le micro-bacille trouvé dans les plaques peladiques se développait secondairement, et la critique des épidémies de pelade montra que l'on se trouvait en présence de simples coïncidences. Jacquet enfin fit un certain nombre d'inoculations négatives, et ses travaux contribuèrent à substituer, à l'idée parasitaire de la pelade, la notion de son origine trophonévrotique, et c'est à lui qu'est due la découverte des relations curieuses de cette affection avec les lésions gingivo-dentaires.

L'auteur rappelle le rapport chronologique entre les irritations gingivo-dentaires, et l'apparition de la plaque peladique, qui leur est, le plus souvent, postérieure de trois à quatre semaines. C'est l'éruption dentaire qui semble être la cause buccale le plus ordinaire de la pelade, qui a, en effet, son maximum de fréquence de 7 à 14 ans, et de 19 à 30 ans. (Pour expliquer l'habituelle immunité de l'enfant de six mois à trois ans, on fait remarquer que les cheveux du premier âge, à mue facile, se prêtent mal à une dépilation bien limitée.)

En dehors de l'éruption, toutes les excitations gingivo-dentaires peuvent intervenir. A la pelade, conditionnée par l'éruption dentaire, Jacquet réserve le nom de *néo-dentaire ;* il donne celui d'*odontopathique* à celle qu'influencent les altérations irritatives et les lésions.

Les relations entre les troubles de la sphère du trijumeau et la dépilation peladique sont évidentes, si l'on étudie la distribution topographique des aires d'alopécie, et les divers phénomènes sympathiques qui en accompagnent la production. Aire peladique et crise gingivo-dentaire siègent du même côté ; il en est de même des phénomènes sympathiques : les plus rares sont le coryza et l'épistaxis ; l'érythrose, avec hyperthermie, de la pommette et de l'oreille, l'adénopathie sous-maxillaire, la tuméfaction amygdalienne sont plus fréquentes, et suivent la même loi d'homolatéralité. On trouve aussi des points de paresthésie du cuir chevelu, et d'hyperesthésie des troncs nerveux (points sus et sous-orbitaires, mentonnier, sous-auriculaire, sous-occipital [1]).

De ce qui précède, il faut donc inférer que le syndrome peladique traduit une irritation profonde — (que chaque tissu manifeste suivant sa propre modalité) — partie de la sphère inférieure du trijumeau ; en l'espèce, c'est l'appareil dentaire qu'il faut incriminer. La pelade de Jacquet est un trouble trophique qui a son point de départ dans une excitation persistante du trijumeau buccal, réfléchie, soit par inhibition initiale, soit par épuisement secondaire, vers une zone de faible innervation en correspondance anatomique avec l'excitation causale gingivo-dentaire. Cette notion résulte de la connaissance de la répartition topographique des zones peladophores. Pour répondre à l'objection tirée de la rareté de réflexe dento-pilaire, Jacquet admet que, pour que la réaction pilaire ait lieu, il faut la réalisation de conditions favorables, un terrain convenablement prédisposé. Sur la nature de ce terrain, l'ensemble des phénomènes

1. Jacquet, *Pelade d'origine dentaire. Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie*, 1902.

sympathiques, signalés plus haut, nous donne déjà des indications. Hypotonie cutanée, modification des glandes de la peau, avec troubles de la circulation capillaire, sont les signes locaux de ce que Jacquet appelle une *hypotonie généralisée*.

Le terrain peladique est constitué par un état dystrophique soit héréditaire (arthritisme), soit acquis, par suite de surmenage, de misère physiologique, d'un épuisement général provoqué par des parasites (tænias), des tumeurs, des intoxications, chroniques ou aiguës. Un examen attentif, et la recherche des commémoratifs montrent toujours l'influence de ces causes premières sur la préparation du terrain peladogène, sans lequel l'irritation trigémellaire serait impuissante, vraisemblablement, à produire le réflexe dento-pilaire, au moins avec sa terminaison objective, la plaque peladique.

Le Dr Laumonier termine son intéressant travail par des considérations thérapeutiques. Le mise en bon état de la bouche tient naturellement une grande place dans le traitement. En même temps on veille à la propreté rigoureuse de la tête, on pratique le massage du cuir chevelu, et l'on frictionne les plaques peladiques avec des topiques faiblement irritants (teint. de cantharide, de capsicum, etc...) Le traitement général ne sera pas négligé, car il faut considérer les peladiques comme des nerveux, des déprimés, des intoxiqués ; l'alimentation sera subordonnée à l'état des fonctions digestives, et suivant la diathèse, on donnera la prédominance soit aux aliments lécithinés, soit au régime mixte lacté, soit enfin au régime végétarien avec pâtes alimentaires.

H. D.

Laumonier. (Bulletin général de thérapeutique, t. CXLIX, 30 mai 1905.)

Sur l'angine d'origine dentaire.

M. Jacquet admet qu'un assez grand nombre d'angines ne sont que la répercussion sur les piliers du voile d'une excitation partant d'un foyer dentaire. Il y a une douleur particulière à l'angine, qui, au début, est pure, sans trace d'inflammation de la muqueuse des piliers. Dans certains cas, cette phase douloureuse est transitoire, et est suivie des phénomènes inflammatoires. D'autres fois, la phase initiale reste isolée, et l'on n'a que la douleur à la déglutition, qui n'est pas suivie d'inflammation. Dans beaucoup de cas d'angines, par une pression à la face interne du maxillaire, on peut réveiller une douleur exquise, *point néodentaire*, au niveau d'une dent en formation ou en éruption. La sensibilité peut rester limitée à un côté, et l'on a, dans ce cas, une hémi-angine.

C'est le plan musculeux qui est le premier frappé, et l'inflammation muqueuse n'est qu'une sorte de reflet de l'atteinte qui a été portée aux muscles.

L'œdème, la gêne circulatoire constituent un terrain très favorable au développement des microbes : il n'est donc pas étonnant que les micobes de la bouche prennent, de ce fait, une augmentation de virulence, et, qu'après l'angine douloureuse pure, vienne l'angine inflammatoire ou l'angine phlegmoneuse. Alors les phénomènes secondaires d'infection marquent le début de l'angine.

L'irritation nerveuse du début de l'angine peut irradier au loin, et donner lieu à une hémi-hyperesthésie systématisée dans tout le côte correspondant.

M. Jacquet ajoute que sa conception est en concordance avec celle de Brown-Séquard : toutes les fois qu'une région riche en nerfs est violemment excitée, il y a hyperesthésie dans tout le côté correspondant à l'irritation.

Il conclut qu'en présence d'une angine vulgaire, il faut toujours rechercher l'origine dentaire.

(Société de l'internat des Hôpitaux, 20 avril 1905.)

H. D.

Carie dentaire et lupus.

Continuant à observer les influences éloignées des troubles bucco-dentaires, M. Jacquet a présenté le 4 mai à la Société de dermatologie et de

syphiligraphie une malade dont l'histoire confirme ses vues.

Il s'agit d'une femme de 30 ans, atteinte depuis l'enfance de tuberculose pulmonaire. Deux ans auparavant, à la suite de violentes douleurs dentaires, il se fit un gonflement retro-maxillaire qui devint le siège d'un lupus. On commença le traitement par la mise en état de la bouche, et neuf dents cariées furent extraites ; bientôt on vit l'adénopathie rétrocéder et le lupus pâlir.

En pareil cas, la tuméfaction ganglionnaire est causée par la lésion dentaire, et ainsi se trouve constitué un terrain favorable à l'infection bacillaire. En modifiant ce terrain, on se met dans de bien meilleures conditions, pour lutter ensuite contre l'infection bacillaire.

Bulletin Médical, n° 38, 17 mai 1905.)

H. D.

Intoxication hydrargyrique par obturation dentaire.

Voici qui va fournir un argument nouveau aux partisans exclusifs de l'aurification : il vient d'être observé un cas d'intoxication mercurielle consécutive à l'obturation d'une dent par un amalgame. Si invraisemblable que paraisse le fait, il faut, devant l'évidence, le tenir pour vrai.

M. Alfred Martinet raconte, dans la *Presse Médicale*, que, appelé d'urgence chez une de ses clientes, il trouve celle-ci en pleine dyspnée, du fait d'une glosso-stomatite erythémateuse intense ; les lèvres sont tuméfiées, la langue, énorme, fait saillie entre les arcades dentaires ; les gencives sont gonflées, saignantes, recouvertes d'un exsudat grisâtre ; la salivation est abondante, l'haleine très fétide. La fièvre est nulle, les urines sont albumineuses. Il existe un érythème scarlatiniforme, localisé *en caleçon*, à la région hypogastrique et aux régions crurales.

L'avant-veille, la malade, depuis quelque temps en traitement chez un dentiste, s'était fait faire une obturation à l'amalgame, pour une carie, vraisemblablement du 2e degré, de la 2e molaire inférieure gauche. La quantité d'amalgame était très petite, grosse comme une tête d'épingle, dit le dentiste ; et il n'avait pas été nécessaire d'employer plus de 2 centigrammes de mercure.

Un jour après que la dent fut obturée, il se manifesta une légère douleur de la région maxillaire gauche, et trente heures après la situation devenait critique. Le diagnostic d'intoxication mercurielle fut porté, et confirmé ensuite par M. Brocq.

Les suites furent normales, c'est-à-dire assez longues ; la glossite s'atténua rapidement ; la stomatite persista plus longtemps, prit un caractère exsudatif sans ulcérations, le voile et la luette se recouvrirent d'un exsudat diphtéroïde, puis se détergèrent. L'éruption s'étendit au tronc et aux membres supérieurs ; la desquamation commença quatre jours après le début des accidents, et se prolongea quinze jours.

Il faut noter que la malade n'usait pas d'injections d'un sel mercuriel, et n'avait absorbé depuis longtemps aucune pilule, aucune poudre médicamenteuse.

De plus, les antécédents présentaient des particularités intéressantes : quatre mois auparavant, des accidents analogues, mais moins intenses, survinrent après un pansement dentaire (de nature inconnue) et une prise de 30 centigrammes de calomel. Enfin pendant une grossesse remontant à 6 ans, la malade dit avoir présenté des éruptions semblables à celle observée, et rebelles à tout traitement ; elle faisait usage, à cette époque, d'injections de sublimé ; après la cessation toute fortuite de celles-ci, les accidents cutanés disparurent, au bout de quelques semaines.

Il semble donc bien que l'on se trouve en présence d'une intolérance individuelle tout à fait imprévue, d'une véritable idiosyncrasie.

Il nous a paru intéressant de rapporter le fait et de montrer que, quelque infiniment exceptionnel qu'il soit, il peut se produire.

Presse Médicale, n° 54, 8 juillet 1905.)

H. D.

Chronique professionnelle

CONCOURS OUVERT PAR L'INSTITUT DE STOMATOLOGIE DE NEW-YORK

Dans le but de stimuler les recherches dans toutes les branches qui se rapportent directement à la science dentaire ou buccale, l'Institut de stomatologie de New-York offre deux prix pour les meilleurs travaux qui lui seront adressés et feront connaître les résultats de ces recherches originales.

Le premier prix, destiné au meilleur mémoire, consistera en une médaille d'or et 250 dollars ; le deuxième prix, destiné au mémoire le plus méritant ensuite, eu une médaille d'or et 100 dollars.

Conditions.

a) Les manuscrits envoyés pour concourir devront être écrits en anglais à la machine à écrire.

b) Ils ne devront pas contenir moins de 1500 et plus de 3500 mots.

c) Ils doivent être signés par une devise ou un pseudonyme.

d) Ils doivent être accompagnés d'une enveloppe scellée portant la même devise ou le même pseudonyme à l'extérieur et contenant à l'intérieur le nom véritable et la devise de l'auteur.

e) Ils doivent être adressés au président de la Commission exécutive, M. F. Milten Smith, 38 West 36 th Street, le 1er mars 1906 ou avant cette date.

Jury.

Le jury sera composé des membres suivants, qui ont consenti à être juges :

C. N. Johnson, de Chicago, rédacteur en chef de la *Dental Review.*

Eugène H. Smith, de Boston, doyen de l'école dentaire de l'Université de Haward.

Wilbur F. Litch, de Philadelphie, rédacteur en chef du *Dental Brief.*

Réglement.

1° Les mémoires seront remis aux jurés sans les enveloppes scellées contenant les noms des auteurs, lesquelles seront conservées par la Commission exécutive jusqu'à ce que la décision des juges soit rendue ;

2° En statuant sur le mérite des mémoires des auteurs qui prendront part au concours, les juges seront priés de tenir compte de la valeur et du caractère des recherches, dont les résultats seront soumis, plutôt que de la valeur littéraire de ces mémoires, tout en attachant à cette dernière l'importance qui lui est due ;

3° Les juges sont formellement autorisés à décider si les mémoires ont un mérite suffisant pour justifier l'attribution des prix offerts ou à refuser la récompense à tous si aucun n'en est jugé digne ;

4° Les auteurs primés seront invités à lire leurs mémoires dans une séance de l'Institut, ainsi que les auteurs des autres mémoires présentant un mérite spécial, l'Institut se réservant le droit de publier le premier tous les mémoires présentés au concours.

Les mémoires qui ne seront pas publiés seront renvoyés à leurs auteurs. Ceux qui seront lus devant l'Institut seront discutés aussi complètement que possible et illustrés comme il conviendra lors de la publication.

Pour tous renseignements s'adresser à M. F. Milton Smith, 38 West, 36 th Street, New-York (N.-Y.).

NOUVELLES

Association d'enseignement médical professionnel.

Cours de chirurgie dentaire.

Il s'est fondé, il y a quelques années, une société de médecine sous le nom d'*Association d'Enseignement médical professionnel*. Cette association s'est constituée dans le but d'offrir aux médecins un enseignement essentiellement pratique, aux époques de l'année où la clientèle leur laisse plus de liberté, au moment des vacances. Les cours ont lieu tous les ans aux vacances de Pâques et dans la dernière quinzaine de septembre.

Cet enseignement se propose deux objets : l'étude des spécialités et la revision de la médecine générale.

Les cours de spécialités ne sont pas des cours de perfectionnement destinés à former des spécialistes. Ils visent à donner aux praticiens les notions nécessaires et suffisantes pour établir un diagnostic, poser une indication, faire les pansements, petites opérations et applications thérapeutiques de pratique journalière.

L'Association d'Enseignement médical professionnel a décidé, cette année, la création d'un cours de *Chirurgie dentaire*, dont elle a prié M. Maurice Roy, notre rédacteur en chef, de vouloir bien se charger. Nous venons de recevoir la brochure de l'Association, donnant le programme de ce cours qui comprend douze leçons, et commencera à l'Hôtel des Sociétés Savantes, rue Serpente, le lundi 18 septembre, à 9 h. 1/2.

Programme des cours.

1re *leçon*. — Résumé d'anatomie dentaire. — La dent, la dentition.

2e *leçon*. — Résumé de pathologie dentaire. — La carie, ses divers degrés.

3e et 4e *leçons*. — Diagnostic différentiel des diverses affections dentaires.

5e, 6e et 7e *leçons*. — L'extraction des dents. — Indications, instrumentation, manuel opératoire.

8e *leçon*. — Traitement des divers degrés de carie.

9e *leçon*. — Traitement des diverses formes d'Odontalgie.

10e *leçon.* — Traitement de la carie du second degré. — Instrumentation, manuel opératoire.

11e *leçon.* — La périodontite expulsive. — Les accidents d'éruption des dents. — Les fractures du maxillaire.

12e *leçon.* — Les gingivo-stomatites. — L'hygiène buccale.

Comme on le voit par ce programme succinct, ce cours, de même que les autres cours faits par l'Association, n'a, en aucune façon, la prétention de former, ou de perfectionner des spécialistes en *douze leçons*. Il se propose seulement de donner aux médecins qui le suivront, des notions élémentaires de chirurgie dentaire d'urgence, de façon à leur permettre de faire un diagnostic aussi précis que possible, et d'intervenir judicieusement, lorsque des malades auront recours à leurs soins, en l'absence de dentiste, ce qui est trop souvent le cas, en dehors des grands centres.

AVIS

Pour les besoins de l'enseignement préparatoire de 1re 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.

PETITES ANNONCES

1 fois..... 3 francs | 12 fois (6 mois)..... 25 francs
6 » (3 mois)..... 15 — | 24 fois (1 an)..... 45 —

— la case simple —

LABORATOIRE DE PROTHÈSE DENTAIRE

Jules DELPEUT — Maison fondée en 1898

3*bis*, rue de Constantinople, PARIS-VIII^e^

TRAITÉ DE CHIMIE

Avec la notation atomique, par Louis Serres, ancien élève de l'École Polytechnique, professeur de chimie à l'École 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.

PRÉCIS D'ANATOMIE DENTAIRE

par **J. Choquet**, chirurgien-dentiste D. E. D. P. de la Faculté de Médecine de Paris, professeur à l'École dentaire de Paris. Un volume in-18 de 400 pages, accompagné de 195 gravures inédites, De Rudeval, éditeur. Prix : 8 francs.

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 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'École Dentaire de Paris :

CATALOGUE de la BIBLIOTHÈQUE

de l'École Dentaire de Paris

Par **E. BONNARD**, *avec la collaboration de* **J. DE CROÈS**

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

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 DENTAIRES

Pour toutes *cessions* et *acquisitions* de **CABINETS DENTAIRES** s'adresser à **M. Vasseur,** 9, rue de Londres, qui a été l'intermédiaire dans les *transmissions les plus importantes* qui se sont faites depuis 1880.

Répertoire de tous les cabinets à céder mis gratuitement à la disposition des acquéreurs.

M. Vasseur est visible de 8 heures à midi. *Téléphone. 151.39.*

Cabinets offerts.

Pour cause de **surcroit de travail, CLINIQUE DENTAIRE** à **VENDRE** au *prix du matériel :* 1.000 francs ; clientèle exclusivement ouvrière et payante ; *occasion à prendre de suite.* — Conviendrait très bien à débutant. Loyer 320 francs. — S'adresser à M. Loriot, 1, rue Abel, Paris, de 10 heures à 5 heures. **(66-2)**

A CÉDER dans une *importante ville de l'Est* **cabinet de dentiste,** existant depuis 20 ans, produit prouvé par les livres 28-30.000. — *Clientèle industrielle et commerçante.* — On resterait avec l'acquéreur pour le mettre au courant de la clientèle et des travaux à exécuter 'bridge-work and porcelain Ynlays). — On traiterait de préférence avec docteur en médecine, même sans connaissance de l'art dentaire. — Ecrire aux initiales M. E. aux soins de M. Papot, 1, rue de la Gaudine, à Héricy (Seine-et-Marne). **(67-2)**

Cabinet dentaire à céder pour cause de départ pour l'etranger — Outillage, meubles tout installés et entièrement garnis. — Grand salon avec beaux meubles. — Laboratoire avec machines, instruments et accessoires, plus trois pièces garnies. — Eau, gaz, électricité. — Bien situé, au premier étage, installé depuis quatorze ans. — Loyer 1.000 francs. — Ville de 22.000 habitants et garnison, dans l'Est de la France. — Conditions de vente : 12.000 francs, avec facilité de paiement : moitié comptant et solde l'année suivante. — Ecrire à M. Paul D., aux soins de M. Ed. Papot, à Héricy-sur-Seine (S.-et-M.). **(70-1)**

A céder pour *raisons de famille,* **CABINET DENTAIRE** dans grande ville *près Paris,* fondé depuis 6 ans, belle installation, loyer 900 fr., affaires 16 à 18.000 fr., on traiterait avec 12.000 francs comptant. Ecrire à G. A. V. aux soins de M. Papot, à Héricy-sur-Seine (S.-et M.). **(71-1)**

Emplois demandés.

JEUNE DEMOISELLE, *chirurgien-dentiste, diplômée des Facultés de médecine de St-Pétersbourg et de Vienne,* parlant plusieurs langues, au courant de tous les travaux riches de cabinet : aurifications, émaux, etc., demande ***PLACE D'OPÉRATEUR.*** Dispose de tous les instruments de cabinet et laboratoire. — Ecrire aux initiales F. S., aux soins de M. Ed. Papot, à Héricy s/s (Seine-et-Marne). **(50-6)**

Demoiselle diplômée demande **REMPLACEMENT,** *Paris* ou *Province.* — Ecrire aux initiales M. R. 5., aux soins de M. Ed. Papot, à Héricy s/s (Seine-et-Marne). **(61-4)**

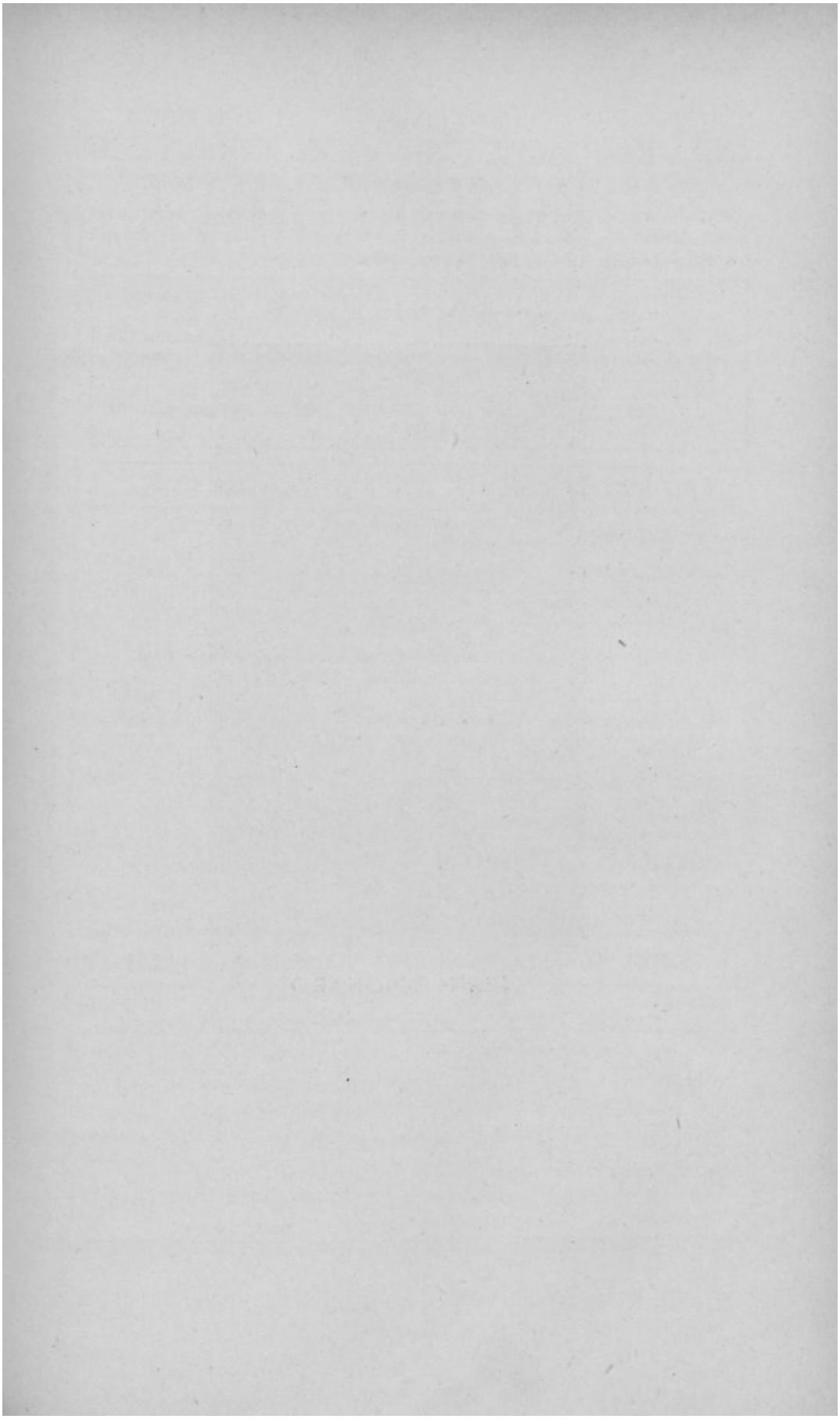
Chirurgien-dentiste berlinois, ayant été plusieurs fois *assistant,* cherche place d'**OPERATEUR** chez un chirurgien-dentiste *français* ou *allemand* en *Belgique* ou en *France.* On désire beaucoup de clients *allemands.* — Ecrire, en affranchissant à 0,25 centimes, aux soins de M. Papot, 1, rue de la Gaudine, à Héricy (Seine-et-Marne) sous le n° 3333. **(62-4)**

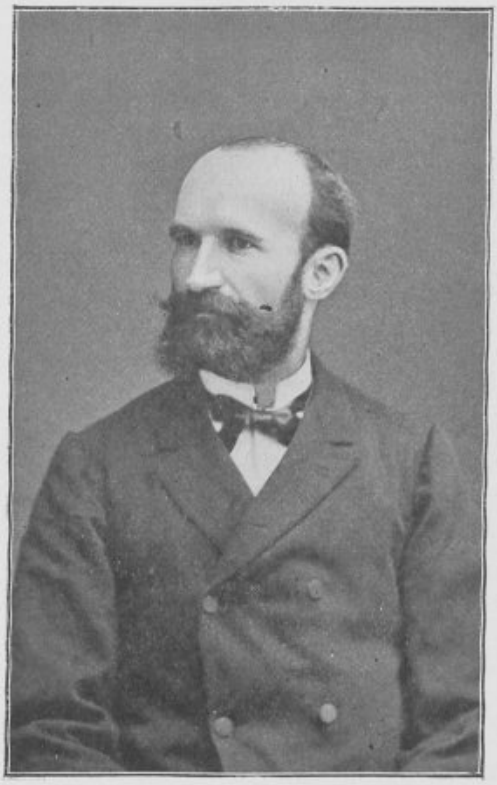
MÉCANICIEN-OPÉRATEUR, faisant des travaux d'art, *couronnes, ponts* et *émaux (Continuous gum Work),* cherche place à Paris. — Ecrire à M. F. Parisel, 1, place, d'Austerlitz, *Strasbourg.* **(63-4)**

Diplômé de l'*Ecole dentaire de Paris* et de la *Faculté de médecine de Paris,* connaissant à fond tous les **travaux** de **prothèse,** cherche, pour *fin septembre,* place d'**OPERATEUR. — A été assistant** *pendant trois années.* — Excellentes références. — Ecrire aux initiales L. R., aux soins de M. Ed. Papot, à Héricy s/Seine (Seine-et-Marne). **(68-2)**

Mécanicien-dentiste ayant *bonnes références,* connaissant bien le métal, **cherche place à Paris** ou **banlieue,** 50 fr. par semaine, pour le 1er octobre et même avant. Remplacerait camarade partant au service militaire. — Ecrire Marceau-Thibault, 30, rue Dulong, Paris. **(69-2)**

Très capable ***CHIRURGIEN-DENTISTE*** *allemand,* parlant bien *français* et *anglais,* demande place comme ***OPÉRATEUR.*** *Bonnes références.* — Ecrire à A. B., 100, aux soins de M. Ed. Papot, à Héricy-sur-Seine (S.-et-M.). **(72-1)**





JEAN COIGNARD

25e ANNÉE. N° 17 15 SEPTEMBRE 1905 VOL. XXXIV

L'ODONTOLOGIE

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

NÉCROLOGIE

JEAN COIGNARD

L'Association générale des Dentistes de France et l'École dentaire de Paris viennent d'être douloureusement éprouvées par la mort de notre excellent confrère et ami Jean Coignard, membre fondateur de l'École dentaire de Paris et longtemps vice-président de l'Association.

Certes, tous ceux d'entre nous qui l'avaient revu à Cherbourg, au mois d'août dernier, lui, le fidèle de toutes les réunions professionnelles, toujours si aimable et si charmant compagnon, ne se doutaient guère, le voyant si plein d'entrain et de vie, que, moins d'un mois après, on le trouverait mort subitement dans son lit, dans sa maison de Saint-Symphorien, près de Tours, où ce laborieux et modeste confrère s'était retiré, après avoir cédé le cabinet qu'il fonda à Nantes il y a quelque trente ans. Il n'était âgé que de cinquante-sept ans.

Ancien mécanicien, il avait été, il y a trente-quatre ans, le collègue de nos confrères Delair et Viau dans un des cabinets importants de l'époque ; il se rangea un des premiers dans la pléïade des jeunes dentistes novateurs qui voulaient secouer la torpeur dans laquelle, à cette époque, était plongé l'art dentaire en France. Membre du Cercle des Dentistes (1878), il fut membre fondateur de l'École den-

taire de Paris dont il tint à être un des premiers élèves. Car on vit, à cette époque, ce spectacle assez rare de jeunes gens fondant par leurs souscriptions une école pour s'y faire inscrire, non comme professeurs, mais comme élèves. Il fut diplômé de l'École dentaire de Paris, lors de la première promotion (1880).

Comme nous l'avons dit, il s'était installé à Nantes, et des succès de clientèle bien mérités avaient permis à Coignard, encore relativement jeune, de satisfaire ses goûts modestes et de venir prendre au milieu des siens un repos légitimement gagné.

Mais ce repos au point de vue de la clientèle ne l'empêchait pas de s'intéresser toujours vivement à toutes les manifestations de la vie professionnelle. Aussi était-il un membre assidu de tous les Congrès et de toutes nos réunions et, il y a quelques années, il contribuait à fonder un groupement régional des Dentistes du Centre.

Depuis de longues années membre du Conseil de direction de l'Association générale des Dentistes de France, Coignard fut, pendant cinq ans, vice-président de ce Conseil où l'on avait pu apprécier toutes les qualités de cœur de cet excellent et dévoué confrère.

Il est mort subitement le 26 août dernier à Saint-Symphorien.

Aux obsèques, auxquelles assistaient également MM. Touchard, de Tours, et Lallemand, de Paris, M. Delair, délégué de l'Association générale des Dentistes de France, et M. Viau, délégué de l'École dentaire de Paris, sont allés représenter nos deux sociétés et les nombreux amis de Coignard que l'éloignement, à cette époque de l'année, avait empêchés d'aller lui dire un dernier adieu.

M. Delair a pris la parole sur sa tombe au nom de l'Association générale des Dentistes de France et de l'École dentaire de Paris qui avaient envoyé deux couronnes.

LA RÉDACTION.

Travaux Originaux

DE L'EMPLOI JUDICIEUX DES CIMENTS
COMME OBTURATION ET MOYEN DE RÉTENTION EN ART DENTAIRE

Par W. E. Brodhurst, D. E. D. P., D. F. M. P.

(*Communication au Congrès de Cherbourg, août 1905.*)

C'est à la suite d'une conversation avec un de nos confrères américains, grand partisan de l'or et de la porcelaine, qui comparait irrévérencieusement le ciment à du « mastic bon à peine pour boucher quelques trous », que l'idée m'est venue de faire, après de nombreux essais, cette petite étude en vue de réhabiliter ce mode d'obturation, qui, malgré quelques insuccès, nous rend si souvent des services appréciables.

Est-ce à dire que tous les ciments soient indistinctement bons à employer dans toutes les bouches et dans tous les cas? Je ne le pense pas; et, quoique l'usage des ciments comme mode d'obturation semble avoir perdu beaucoup de ses partisans depuis l'emploi pratique des blocs de porcelaine, qu'il est certainement préférable d'employer au double point de vue de l'esthétique et de la solidité, il est encore bien des cas où, pour des raisons multiples, nous devons y recourir.

Il va sans dire que mes préférences vont toujours à la porcelaine, chaque fois que faire se peut; mais chaque fois aussi que je crains un insuccès, lié à une cause indépendante de ma volonté (par exemple, sensibilité particulière chez les névropathes qui ont souvent de l'hyperesthésie de la dentine, difficulté de prise d'une bonne empreinte de ca-

vité, ou difficulté d'écartement des dents), j'ai alors recours à cette substance plastique qui, méticuleusement préparée, donne toujours de bons résultats.

Quelle est donc la composition des ciments ? La base en est généralement le chlorure ou l'oxychlorure de zinc, l'acide phosphorique ou pyrophosphorique. En voici à peu près la formule type :

Liquide.	Acide phosphorique	20	parties.
	Phosphate de soude	41	—
	Eau distillée	39	—
Poudre.	Oxyde de zinc	9	—
	Borax	1	—
	Silex ou kaolin de silice et d'alumine	2	—

Selon les analyses de Herbert Rollins, voici la composition du ciment Fletcher :

Liquide.	Acide phosphorique.
	Phosphate d'alumine.
Poudre.	Oxyde de zinc.
	Oxyde de magnésium.
	Silice.

Les ciments Weston sont à peu près semblables.

Tout en reconnaissant que les ciments au chlorure de zinc sont quelquefois d'un emploi dangereux quand il s'agit d'une dent à pulpe mal protégée, en raison de la douleur qu'ils provoquent toujours au moment de l'application, Pears, semble les préférer aux ciments à l'oxyphosphate, qui laissent la dentine sensible pendant deux ou trois semaines.

Au contraire, Miller (de Berlin) et Wolff préfèrent les ciments de Poulson aux oxyphosphates à tous ceux à l'oxychlorure ; de même Rollins, dans son traité, donne la préférence aux ciments à l'acide phosphorique mélangé aux oxydes de zinc et de magnésium.

Les ciments à l'oxychlorure de zinc avaient été abandonnés jusqu'à ces temps derniers à cause de leur action irritante, escharotique et douloureuse, pour faire place aux ciments pyrophosphatiques ; mais depuis quelque temps nous retrouvons le chlorure de zinc dans les nouveaux ciments imitant la porcelaine.

Pour donner plus de dûreté aux ciments et augmenter leur résistance aux acides buccaux, Telschow préconise l'incorporation de faibles parties d'acide fluorhydrique et de silicate d'alumine.

Les différentes colorations s'obtiennent en chauffant plus ou moins la poudre ou en lui incorporant divers oxydes. La teinte grise est donnée en chauffant fortement au-dessus d'un bec de Bunsen le pilon qui sert à écraser la poudre. Les traces de sulfate de cadmium produisent la teinte jaunâtre. En ajoutant de l'oxyde de zinc sublimé à l'oxyde de zinc obtenu avec du nitrate, et en mélangeant cette poudre à de l'acide phosphorique, le ciment a, d'après Starck, les propriétés suivantes : adhérence très grande aux bords de la dent, résistance très forte à la désagrégation et aux efforts mécaniques de la bouche.

Récemment sont apparus les ciments donnant l'apparence de la porcelaine, dont les essais, pourtant, ne datent pas d'aujourd'hui.

Dawson, un des premiers, fit un de ces ciments qui devaient être mélangés à l'aide d'une spatule de caoutchouc ; mais soit à cause de la difficulté de manipulation, soit à cause de l'altération rapide du liquide, ce produit fut vite oublié. Telschow composa aussi un ciment au fluor et à l'oxyde de zinc qui ne donna pas les résultats attendus.

Nous possédons aujourd'hui les ciments brillants de Richter, d'Ascher et l'Astral d'Ash qui semblent devoir les remplacer ; la base pour les uns et pour les autres est encore l'oxychlorure, le chlorure de zinc ou l'oxyphosphate. La poudre est composée d'oxyde de zinc, de verre pilé, de silice en faible quantité et de borate de soude.

En somme, pour ce qui est de la composition des ciments, on peut dire, avec Hinkins, que les meilleurs et les plus résistants aux acides organiques sont ceux qui possèdent la plus grande quantité d'acide phosphorique et la plus petite quantité d'oxyde de zinc.

De la composition des ciments nous arrivons à leurs in-

dications en art dentaire ; nous éviterons d'employer, dans les dents à pulpe vivante, ceux dont la base est le chlorure de zinc, pour donner notre préférence aux oxyphosphates ; lorsque nous aurons des couronnes, des anneaux à sceller, nous emploierons la méthode préconisée par Lowrey et Telschow, et pour obturer les canaux ou recouvrir une pulpe nous nous servirons des ciments à l'iodoformagène. Selon Halphen, les ciments à prise rapide sont plus durs que les ciments à prise lente, mais ceux-ci sont de beaucoup plus faciles à employer, surtout lorsqu'il s'agit d'une reconstitution.

L'insuccès attribué aux ciments est généralement dû au manque de minutie dans la préparation de la pâte, et aussi dans la forme défectueuse donnée à la cavité à obturer. Le ciment, assurément, adhère à la cavité, puisqu'il adhère même à une plaque de verre, mais pas assez intimement pour empêcher les infiltrations de se produire au bout d'un certain temps et de détacher ainsi l'obturation de la cavité ; donc le premier point à observer, pour faire une bonne obturation au ciment, est de bien préparer sa cavité et de la protéger contre toute trace d'humidité jusqu'à complet durcissement. Les points de rétention ne sont pas nécessaires, mais l'on doit s'efforcer de faire une rainure tout autour de la cavité, de façon à offrir, le long des parois, plus de résistance à l'infiltration des liquides buccaux. Il est bon, également, de protéger le bord cervical et la partie profonde de la cavité en deçà de la rainure avec un morceau de feuille d'or à aurifier ou une mince couche de gutta dissoute dans le chloroforme, afin de protéger la dentine sous-jacente contre la causticité du ciment, qui pourrait avoir une action nocive sur la pulpe, ou même pour éviter son action acide qui, selon Miller, produit des caries secondaires, surtout lorsque la cavité s'avance sous la gencive, le ciment résistant mal aux infiltrations au niveau du collet des dents. Pour éviter la rétention des parcelles alimentaires, on devra s'efforcer de tailler à arêtes vives, nettes, les bords de l'é-

mail de la dent, d'enlever toute dentine décalcifiée et aussi de s'attacher au bien fini de l'obturation surtout sur les bords. Il faut veiller à ce que les faces proximales des dents se touchent vers le milieu de la dent, et non pas au collet, tout en conservant leur contour primitif plutôt exagéré, afin d'empêcher les aliments de se loger dans les interstices.

Lorsqu'on se trouvera en présence d'une pulpe insuffisamment recouverte, il faut, après un lavage à l'alcool, la protéger par une légère couche d'oxyde de zinc diluée avec de l'essence de cannelle ou de girofle, ou par de l'eugénol qui amène le durcissement de la pâte, (l'eugénol étant antiseptique et non caustique. (Choquet préconise aussi l'emploi du xyléna et de l'hydronaphtol pulvérisé. Puis, après avoir séché graduellement à l'aide de l'air chaud, on recouvre d'une mince feuille d'or ou de platine de façon à empêcher toute coloration ultérieure du ciment, surtout si l'on a eu à employer une pâte contenant de l'iodoforme.

L'incorporation de la poudre ou liquide doit se faire par petites quantités, de telle façon que la consistance du ciment augmente graduellement; celui-ci est soigneusement malaxé à l'aide d'une spatule dure en platine ou en os, jusqu'à consistance moyenne, c'est-à-dire jusqu'à ce qu'il ne colle plus aux doigts (ceci pour les ciments ordinaires, non brillants); le ciment ainsi obtenu, une fois porté dans la cavité, sera condensé à l'aide d'un fouloir fin surtout sur les bords et travaillé dans son ensemble par la spatule flexible et le fouloir en agathe. On devra se servir d'un liquide toujours limpide, car il arrive souvent que ce dernier se cristallise au fond de la bouteille ou prend une certaine consistance blanchâtre ; pour le ramener à son état primitif et éviter toute combinaison chimique qui pourrait se produire à l'air libre, il est préférable (ici je ne parle pas des liquides cristallisés, tels que le Poulson, mais des ciments à base liquide), de chauffer graduellement le flacon bouché jusqu'à ce que le liquide ait repris sa couleur et sa consistance premières, mais sans arriver à l'ébullition; après avoir agité fortement, il faut laisser refroidir le liquide et ne s'en servir

que lorsqu'il est complètement froid, sinon la prise du ciment serait trop rapide et l'on risquerait d'avoir une matière obturatrice s'effritant sous l'action du fouloir.

Il en est de même pour les ciments à liquide cristallisé : celui-ci, obtenu par la fonte des cristaux sous l'action de la chaleur, devra toujours être froid au moment de la trituration ; pour arriver à ce résultat, on devra, après avoir détaché quelques cristaux de la masse, les porter sur une plaque de verre, mais il faut éviter de les fondre directement sur la spatule ou sur le verre, au risque d'incorporer au ciment un oxyde qui en changerait la coloration, ou de faire bouillir le liquide après la fonte des cristaux, la plaque de verre conservant la chaleur pendant un certain temps. Il est donc préférable de fondre doucement les cristaux à l'aide de la poire à air chaud, en s'en servant comme d'un chalumeau pour projeter sur ceux-ci la flamme d'un bec de Bunsen; la plaque de verre restera ainsi toujours froide et le liquide homogène ; il faut également ne jamais se resservir d'un liquide qui aura séjourné sur la plaque de verre une fois l'obturation finie.

La manipulation des nouveaux ciments brillants diffère un peu de la précédente, étant donné l'adhérence moindre de leurs molécules entre elles, leur retrait et aussi leur moins grande facilité d'emploi. Comme pour tous les ciments en général, le grand ennemi est l'humidité ; aussi doit-on protéger les cavités à l'aide soit de rouleaux de coton, soit de la digue et se réserver le plus grand écartement possible.

Pour donner plus de résistance à l'obturation, celle-ci une fois terminée se brisant ou s'égrenant assez facilement, il faut porter dans la cavité en une seule fois une masse de ciment suffisante pour la combler ; on continue en se servant du fouloir pour les bords et de la spatule plate et rigide pour reconstituer les contours et donner la forme désirée ; avec le fouloir en agathe on finit l'obturation en condensant la pâte, en donnant tous ses soins aux bords, jusqu'à durcissement complet du ciment. Arrivé à cet état, celui-ci ne doit

plus être travaillé, le polissage étant remis à une séance ultérieure.

Les fouloirs et les spatules servant à la condensation doivent toujours être enduits de vaseline, dont on débarrasse ensuite l'obturation par un lavage à l'alcool ; il est nécessaire de prendre la précaution de laisser durcir le ciment à l'abri de l'humidité pendant un laps de temps assez long ; pour arriver à ce résultat, on peut recouvrir le ciment de vernis à la sandaraque ou mieux encore d'une mixture à fixer l'or qu'emploient les doreurs ; on en badigeonne l'obturation et les bords de la dent. La mixture étant légèrement évaporée, on fixe à l'aide d'une boulette de coton une mince feuille d'or à aurifier, celle-ci reste adhérente pendant quelques heures et permet au ciment de durcir à l'abri de la salive.

Les flacons contenant les ciments doivent toujours être hermétiquement bouchés et la poudre ne doit pas être malaxée entre les doigts.

Pour obtenir la même teinte que celle de la dent, il est bon d'avoir une carte portant des échantillons de ciment faits avec les divers numéros des nuances, ou avec les mélanges des numéros. Dans ce dernier cas la poudre doit toujours être parfaitement triturée et mélangée avant son incorporation au liquide.

Une des causes des insuccès que l'on attribue au ciment employé comme moyen de rétention est généralement sa prise trop rapide ou son contact trop immédiat avec la salive. Pour fixer les couronnes, les blocs de porcelaine, le ciment doit avoir une consistance semi-liquide, permettant ainsi à l'excès de s'échapper par les bords de la cavité ; il ne faut pas en employer une trop grande quantité, la masse employée doit toujours être proportionnée à la grandeur de la cavité, déduction faite du volume de la pièce à fixer. Celle-ci, une fois mise en place sans tâtonnement, ne doit plus être déplacée et le polissage n'a lieu qu'après complet durcissement du ciment.

Les ciments trouvent également leur place dans les obturations combinées, surtout pour les enfants, chez qui il est de toute nécessité d'agir rapidement, et pour les dents dont les bords sont très fragiles. Bellamy (de Streatham) se servit un des premiers, à cet effet, d'une composition d'amalgame et de ciment dont voici le mode de préparation : après avoir confectionné une certaine quantité d'amalgame à grains fins sans en chasser l'excès de mercure, on prend un quart de la masse, débarrassée de son excès de mercure et qui servira pour finir l'obturation ; les trois autres parties sont mélangées au ciment et utilisées à remplir la cavité aux trois quarts ; pour terminer l'obturation, on emploie l'amalgame privé de son excès de mercure.

Comme conclusion, nous pouvons dire que les ciments judicieusement employés peuvent nous rendre encore d'excellents services, si l'on a soin d'observer toutes les règles inhérentes à leur manipulation : chez les vieillards, en raison de leur affinité avec le tartre qui les protège, ils durcissent et font des obturations parfaites ; chez les enfants, et les personnes nerveuses, leur facilité d'emploi les recommande. Si nous nous rappelons que la désagrégation des ciments est produite par les parcelles alimentaires et l'action des bactéries de la bouche, nous dirons que le point essentiel, pour leur conservation, est, ainsi que l'a fait observer si judicieusement M. Frey dans sa communication sur *les moyens de résistance de la dent contre la carie*, que l'antisepsie de la bouche doit jouer un grand rôle chez les personnes ayant des caries ou des appareils fixés à l'aide de ciments, et qu'il devra être fait des lavages de bouche répétés et procédé à l'enlèvement, après les repas, des parcelles alimentaires retenues au collet des dents, ce qui atténuera les effets nocifs de la salive et prolongera ainsi la durée des ciments, en évitant leur désagrégation.

ATROPHIE DU MAXILLAIRE INFÉRIEUR DANS LES RACES CIVILISÉES

Par Mlle L. Tzanck, D. E. D. P., D. F. M. P.
Assistante du service dentaire de Bicêtre.

(Communication au Congrès de Cherbourg, août 1905).

L'importance particulière que présente le développement du maxillaire inférieur, tant au point de vue pratique, à cause des accidents qui en dérivent au moment de l'éruption des dents de sagesse, qu'au point de vue théorique, à cause de l'importance que l'on y attache en anthropologie, nous a amenée à nous occuper de cette question.

L'opinion la plus répandue actuellement est qu'il s'établirait une sorte de rapport d'équilibre entre le poids du crâne et le poids du maxillaire, c'est-à-dire que l'un augmenterait dans la mesure que l'autre diminuerait et *vice versa* ; quant à l'explication de cette relation, elle est encore confuse.

Manouvrier[1] démontre l'existence d'un rapport inverse, entre le développement du crâne, et, par conséquent, du cerveau, et celui de la mandibule, c'est-à-dire des fonctions digestives. Pour lui, dans les races civilisées, le poids du crâne est plus grand, par rapport à celui de la mâchoire, que dans les races inférieures.

Manouvrier dit, d'autre part, que chez les assassins le poids du crâne est moindre, par rapport au poids de la mandibule, que chez des individus pris en comparaison. Or ces individus sont de la même race et, par conséquent, du même degré de civilisation. Les assassins présenteraient donc des caractères de réversion vers un type ancestral plus ou moins lointain.

En somme, la cause des variations du poids de la mandibule dans une même race et à l'âge adulte devant être cherchée dans la puissance des muscles masticateurs, qui elle-

1. Manouvrier, *Mémoire sur le développement quantitatif comparé de l'encéphale et des diverses parties du squelette* (thèse de Paris, 1882).

même doit être en rapport avec le degré d'intensité des fonctions digestives, on est conduit à considérer le rapport du poids de la mandibule au poids du squelette comme représentant l'intensité de ces fonctions relativement au volume du corps.

Pour Virchow, le prognathisme marche de pair avec le degré de courbure et avec le raccourcissement de la base du crâne : « La partie postérieure de la mâchoire inférieure, écrit Darwin [1], est toujours raccourcie dans les races civilisées », particularité qu'on peut, je présume, attribuer, avec assez de vraisemblance, à ce fait que les hommes civilisés se nourrissent ordinairement d'aliments ramollis par la cuisson et que, par conséquent, ils se servent moins de leurs mâchoires.

Lombroso [2], en établissant un rapport entre la criminalité et le développement du maxillaire inférieur, rattache, par cela même, le volume du maxillaire au volume du cerveau.

Renard [3] établit une comparaison entre les mandibules des diverses races, et il constate qu'elles diminuent graduellement. Les Néo-calédoniens ont la mâchoire la plus volumineuse, puis viennent les nègres d'Afrique, les nègres métis, les Mongols, les races indigènes d'Amérique et enfin les races blanches.

Donc, pour ces auteurs, le poids de la mandibule diminue, à mesure que le poids du cerveau augmente, et le poids du cerveau étant plus élevé dans les races supérieures, ils en concluent que le maxillaire tend à y diminuer.

Or, si nous ne pouvons pas contester les faits indéniables sur lesquels sont basées ces théories, à savoir que la mâchoire est plus volumineuse à mesure que l'on descend des races civilisées vers celles qui le sont moins, nous ne pouvons pas nous empêcher de constater que les auteurs ne montrent pas le lien qui existe entre ces deux facteurs

---

1. Darwin, *La descendance de l'homme.*
2. Lombroso, *Les progrès de l'anthropologie criminelle.*
3. Renard, *Des variations ethniques du maxillaire inférieur.* Thèse de doctorat. Paris, 1880.

« civilisation et volume du maxillaire », facteurs qui paraissent *a priori* totalement étrangers l'un à l'autre. On ne voit pas, en effet, par quel mécanisme le développement cérébral pourrait influer sur le développement maxillaire.

Il est vrai que Manouvrier[1], Broca, Darwin, Schaffhausen[2], etc. attribuent l'atrophie du maxillaire au régime alimentaire.

On pourrait préciser les théories de ces auteurs en établissant ainsi l'enchaînement des faits : atrophie des muscles masticateurs par suite de leur inaction relative, résultant de l'usage du feu pour la cuisson des aliments ; or on sait que le volume et la puissance des os sont commandés par le développement musculaire. Cette théorie, qui apporte déjà un peu de clarté, est encore insuffisante pour la raison qu'elle n'explique pas, d'une part, les atrophies dentaires des animaux domestiques, chez lesquels on ne peut pas invoquer l'usage du feu pour la cuisson des aliments, ni d'autre part, l'atrophie de la dent de sagesse ni ses accidents.

On admet, en effet, que le nombre et le volume des dents sont commandés par le volume du maxillaire, qui dépend lui-même du volume des muscles, lesquels, à leur tour, subissent l'influence du régime alimentaire ; que, par conséquent, les accidents causés par l'évolution de la dent de sagesse sont dus à l'atrophie du maxillaire ayant précédé la diminution du nombre et du volume des dents.

Amadéï[3] explique les changements de forme des bords alvéolaires et le défaut d'évolution de certaines dents par une diminution en masse des os maxillaires.

Cette hypothèse est controuvée par Broca, qui ne croit pas que le prognathisme soit la cause du plus grand développement des dents, mais croit qu'il en est l'effet. Il est vrai que plus loin il soutient, que dans la race blanche, où les mâ-

---

1. Broca, *Bulletin de la société d'anthropologie de Paris*.
2. Schaffhausen, *On the primitive form of the skull*, traduit dans *Anthropological Review*, octobre 1868.
3. G. Amadéï, *Anomalie numeriche del sistema dentale nell uomo*. Archivio, 1881.

choires sont peu développées, la dent de sagesse, quoique relativement peu volumineuse, est souvent, faute de place, gênée dans son éruption, ce qui est en contradiction avec son affirmation première ; car, si l'on admet que le nombre et le volume des dents commandent le volume du maxillaire, on ne peut pas admettre que les dents sont gênées dans leur éruption par le manque de place.

Nous partageons la première façon de voir de Broca : à savoir que le nombre et le volume des dents commandent le volume du maxillaire, au moins dans la même mesure que les muscles.

Il n'y a pas, en effet, d'exemple où d'une cavité osseuse dépendent les dimensions du contenu. Quand on voit les veines, les artères, les nerfs se creuser des cavités dans les os compactes, quand on voit les sutures crâniennes s'ossifier seulement lorsque l'encéphale a achevé son développement, ou encore qu'il suffit d'un peu plus de liquide céphalo-rachidien pour élargir les fontanelles et augmenter le volume du crâne, il paraît difficile d'admettre que le germe dentaire n'ait pas la même possibilité de se creuser une loge dans le tissu spongieux du maxillaire.

On sait, depuis Darwin [1], qu'à quelque période de la vie qu'une particularité fasse d'abord son apparition, elle tend à réapparaître chez les descendants à un âge correspondant, quelquefois même un peu plus tôt. L'usage, chez les animaux domestiques, renforce et développe certaines parties, tandis que le non-usage les diminue, et, en outre, ces modifications sont héréditaires. A quelque période de la vie que le défaut d'usage ou la sélection tende à réduire un organe, ce qui arrive généralement lorsque l'individu, ayant atteint sa maturité, doit faire usage de toutes ses facultés, le principe d'hérédité à l'âge correspondant tend à reproduire, chez les descendants de cet individu, ce même organe dans son état réduit, exactement au même âge [2].

---

1. Darwin, *Origine des espèces.*
2. Dr Rémy Saint-Loup, *Recherches sur l'évolution des dents chez les rongeurs.*

En présence des faits de développement, on peut se demander si les caractères acquis par l'effet mécanique ne se transmettraient pas par l'hérédité. Chez le cochon d'Inde par exemple, on trouve, au moment de la naissance, alors que la plupart des dents ont encore les extrémités supérieures en forme de cône, une première molaire ayant l'aspect d'une dent déjà rasée par la mastication.

Lorsqu'on fait une extraction dentaire ou qu'une dent tombe, il se produit une résorption du maxillaire à ce niveau, qui, si l'individu procrée, sera transmise à ses descendants. Nous pouvons donc considérer comme un des facteurs les plus importants, comme le *primum movens* de l'atrophie du maxillaire, la transmission héréditaire de dents diminuées en nombre et en volume.

Nous n'entendons nullement écarter du problème les autres facteurs invoqués par les auteurs, notamment la civilisation et le régime alimentaire, nous voulons seulement préciser le rôle respectif de ces facteurs.

Chez les animaux sauvages et chez l'homme préhistorique, une bonne dentition et de solides mâchoires étaient des conditions indispensables à la conservation de l'existence. A mesure que les conditions de la vie se sont adoucies cette nécessité est devenue de moins en moins impérieuse. Alors que, dans la vie sauvage, les mauvaises dentitions ne pouvaient pas se transmettre par hérédité, à cause de la destruction des individus mis ainsi en état d'infériorité, il n'en fut plus de même aussitôt que, les conditions de la vie ayant changé, le rôle des dents, tant comme organe d'attaque et de défense que comme organe de mastication, fut passé au second plan ; la conservation de ces individus leur permit de transmettre à leurs descendants des dents et, par suite, des maxillaires atrophiés.

C'est ce qui explique l'atrophie des dents des animaux domestiques, chez lesquels les conditions de la vie ont aussi changé et le rôle des dents a diminué.

« La partie antérieure de la tête se raccourcit, dit Albert

Gaudry[1] lorsque les membres acquièrent la faculté de préhension et que les animaux ont moins besoin de saisir avec leur gueule. » Ici nous voyons s'exercer les facteurs généralement admis par les auteurs : civilisation et régime alimentaire ; la civilisation, en mettant au second plan le rôle des dents dans la lutte pour l'existence ; le régime alimentaire, par la cuisson des aliments diminuant l'importance de la mastication.

Mais le facteur le plus important est la transmission héréditaire avec le concours de la civilisation. On sait, en effet, que dans les races préhistoriques, quoi qu'en disent les légendes, la vie était moins longue qu'aujourd'hui. Il suffit de lire les relations des voyageurs parmi les peuplades qui reflètent, pour nous, la vie préhistorique, pour constater que, chez elles, on voit rarement des cheveux blancs, vu que les maladies et les meurtres fauchent la plupart des habitants avant qu'ils arrivent à la vieillesse. Au contraire, dans la vie civilisée, l'homme continue à procréer, même quand ses mâchoires sont complètement dégarnies et réussit ainsi à transmettre, selon la loi de Darwin, l'aptitude de perdre les dents à un âge encore moins avancé, ce qui n'arrive pas chez les peuplades arriérées, et n'arrivait pas chez les hommes préhistoriques.

D'autre part, les mariages se font de plus en plus tardifs et les naissances de parents âgés, c'est-à-dire à mâchoires dégarnies, de plus en plus fréquentes.

Pour nous résumer sur ce point, nous pouvons donc dire que ce qui a diminué d'abord dans les races blanches, c'est le nombre et le volume des dents par suite de la transmission héréditaire de ces stigmates séniles. Cette transmission héréditaire ne peut pas s'exercer dans les races arriérées, parce que les individus sont mis dans l'impossibilité de procréer avant de porter eux-mêmes ces stigmates, soit à cause de leur mort, soit à cause de la sélection sexuelle ou d'autres conditions.

---

1. Albert Gaudry, *Sur la similitude des dents de l'homme et de quelques mammifères.*

Quant aux accidents de la dent de sagesse, nous ne pouvons pas, pour les expliquer, accorder une place, si petite soit-elle, à la doctrine qui veut qu'ils soient dus au manque de place, cette doctrine étant, comme nous l'avons démontré plus haut, contraire aux lois du développement. Nous assimilons les troubles causés par le développement de la dent de sagesse aux troubles analogues qui se produisent lors du développement très intense d'autres tissus osseux, notamment les épiphyses des os longs au moment de la croissance. Les accidents de la dent de sagesse sont donc des accidents infectieux rappelant l'ostéomyélite des adolescents. La fréquence de ces accidents résulte de ce que l'on trouve là réunies un très grand nombre de conditions favorables à l'inflammation : hypérémie de croissance, milieu buccal très favorable à la pullulation microbienne, voisinage du cul-de-sac vestibulaire d'un côté, de l'amygdale de l'autre, difficulté de nettoyage de cette région trop profonde, notamment de la partie postérieure de la dent, emploi moindre de cette dent pour la mastication, d'où nettoyage mécanique moins intense ; voilà, il nous semble, assez de raisons pour expliquer la fréquence des accidents infectieux de la dent de sagesse et de sa carie précoce.

Quant aux accidents mécaniques, croissance dans un plan irrégulier et anormal, ils s'expliquent de la même manière, et, en premier lieu, par l'ostéite, qui trouble le développement tant du germe que de l'alvéole, et peut imprimer une direction fausse tant au contenu qu'au contenant.

Les conditions favorables à sa carie précoce font que cette dent a été détruite chez la majorité des personnes qui n'ont pas encore achevé leur vie sexuelle.

Elles transmettent cette particularité à leurs descendants, qui auront cette dent en dégénérescence ; or on sait que les organes en dégénérescence présentent le plus grand nombre d'anomalies de forme et de position.

Les conclusions qu'on peut tirer de ces observations sont que le volume ou le poids de la mandibule n'ont aucun rap-

port direct avec le développement intellectuel d'un individu ou d'une race ; qu'il suffit que les soins hygiéniques se vulgarisent dans la race blanche pour que l'atrophie du maxillaire, constatée aujourd'hui, s'arrête et que les accidents de dents de sagesse deviennent de plus en plus rares.

LES EAUX OXYGÉNÉES

LA PRÉPARATION IMMÉDIATE D'UNE EAU OXYGÉNÉE ALCALINE PAR LE PERBORATE DE SOUDE, SES PROPRIÉTÉS, USAGES THÉRAPEUTIQUES.

Par V.-E. MIÉGEVILLE,
Pharmacien de 1re classe,
Élève de l'École dentaire de Paris.

L'eau oxygénée, ou peroxyde d'hydrogène $H^2 O^2$, a été découverte en 1818 par Thénard, qui la préparait alors en décomposant par l'acide chlorhydrique le bioxyde de baryum, à basse température, puis concentrait dans le vide par l'acide sulfurique le produit obtenu après l'avoir purifié.

Cette préparation étant purement de laboratoire, est longue et délicate, mais fournit un produit pur sirupeux, au maximum de concentration, qui répond exactement à la formule $H^2 O^2$ et peut dégager 475 fois son volume d'oxygène.

Industriellement préparée, ce n'est plus cette eau oxygénée chimiquement pure, mais une dissolution aqueuse plus ou moins concentrée. On a employé à cet effet divers procédés qui seraient un peu longs à énumérer ici ; actuellement la méthode la plus usitée pour la préparation de l'eau oxygénée, destinée à l'usage médical après purification, est la suivante :

On fait une pâte homogène avec du peroxyde de baryum et de l'eau tiède, on l'introduit peu à peu dans un mélange très dilué d'acide chlorhydrique et d'acide phosphorique en agitant continuellement, puis on ajoute de l'acide sulfurique selon les besoins [1].

L'eau oxygénée ainsi obtenue est impure et doit être exclusivement employée pour les usages industriels ; quant à ses applications médicales, elle doit subir auparavant une purification rigoureuse qui devra la débarrasser des impu-

1. Procédé de Steinfelner.

retés provenant de sa fabrication telles que la silice, l'alumine, les oxydes de fer et de manganèse et les acides minéraux. Tous ces produits sont éliminés par un traitement à la baryte en excès dont on se débarrasse en la transformant en sulfate de baryte par l'acide sulfurique, puis par filtration ; une trace de cet acide laissée dans l'eau oxygénée augmentera sa conservation.

L'eau oxygénée ainsi obtenue titre environ 15 volumes ; celle qui est inscrite au supplément du *Codex* de 1895 sous le nom de soluté officinal d'eau oxygénée au dixième est à dix volumes, c'est-à-dire qu'elle contient à l'état de combinaison dix fois son volume d'oxygène. Selon les besoins on diminue le titre de cette solution par addition d'eau distillée ; pour la concentrer à 18 ou 20 volumes jusqu'à 130 volumes, on la refroidit vers 21° par le chlorure de méthyle, puis on enlève les cristaux de glace qui se forment, enfin une concentration plus élevée est obtenue par la distillation dans le vide.

Les trois titres les plus employés sont :

1° L'eau oxygénée à 2 volumes pour l'hygiène de la toilette ;

2° L'eau oxygénée à 10 volumes dite médicinale pour l'usage interne ;

3° L'eau oxygénée à 12 volumes dite chirurgicale pour l'usage externe, celles à 18, 20 volumes et plus sont d'usage moins courant.

Ces eaux oxygénées ne sont pas très stables, aussi pour leur conservation est-on obligé de prendre de grandes précautions : il faut les enfermer dans des vases opaques, bien bouchés et ficelés, puis les mettre dans une cave à l'abri de la lumière qui en diminuerait le titre et éviter les changements de température qui pourraient provoquer l'éclatement des récipients. Quant au léger excès d'acide qu'on a laissé pour augmenter la conservation, on doit au moment de délivrer le produit, le neutraliser par la baryte et filtrer. Ces précautions ne sont malheureusement jamais prises dans le commerce, ce qui fait qu'on a toujours un produit acide et n'ayant jamais le titre annoncé.

Pour rendre plus stable l'eau oxygénée on a conseillé de la saturer d'acide; borique cette dernière est parfaitement tolérée par la muqueuse buccale au titre de 12 volumes, propriété qui lui assure une supériorité incontestable sur l'eau oxygénée chirurgicale ordinaire. Pour la préparer on ajoute à froid 30 grammes d'acide borique à 1.000 grammes d'eau oxygénée, ce qui donne une solution limpide, incolore et de saveur presque nulle. Elle mousse fortement au contact de la muqueuse buccale ou d'une plaie, propriété commune aux eaux oxygénées ordinaires de se décomposer au contact des matières organiques et du sang en dégageant de l'oxygène.

Perborate de soude. — Les perborates sont des sels à acide peroxygéné différant de l'acide borique par une molécule d'oxygène supplémentaire et qui récemment découverts ont reçu le nom de sels hydroperoxyligènes.

Le perborate de soude qui présente un intérêt tout spécial se prépare en mélangeant intimement :

Peroxyde de sodium.....	78 gr.
Acide borique cristallisé.....	248 gr.

que l'on verse par petites quantités dans 2 litres d'eau froide en agitant jusqu'à dissolution, on filtre et on laisse reposer : la réaction s'opère d'elle-même et peu à peu on voit se déposer au fond du récipient des cristaux qui, lavés à l'eau froide et séchés à l'étuve à 50°, donnent sous forme de poudre cristalline blanche du perborate de soude, dont le rendement réel est 90 o/o de la théorie et qui d'après Etard correspond à la formule

$$B^4O^8Na^2 + 10\,H^2O$$

Il se conserve indéfiniment même exposé à l'air ou dans des flacons non bouchés. Un kilog. de perborate de soude contient 104 grammes ou environ 80 litres d'oxygène actif qui par solution aqueuse du perborate se dégage à l'état naissant et permet de préparer instantanément 8 à 10 litres d'eau oxygénée chirurgicale à 12 volumes.

En effet ce sel est décomposé par un excès d'eau et la

molécule d'oxygène naissant ainsi mise en liberté produit par combinaison de l'eau oxygénée possédant, sans en avoir les défauts, les mêmes propriétés et s'appliquant aux mêmes usages que celle préparée par les anciens procédés. Grâce à sa réaction alcaline due au borate qu'elle contient en solution, elle est très stable contrairement à l'eau oxygénée du commerce qui est toujours acide et dont les molécules d'oxygène ont si peu de cohésion qu'on avait essayé de la rendre plus stable par l'addition d'acide borique.

Les essais au point de vue microbicide ont accusé des propriétés antiseptiques en tous points analogues à celles de l'eau oxygénée ordinaire, et vu les avantages nombreux qu'elle présente sur cette dernière, l'avenir brillant des perborates a été pressenti dans des communications faites à l'Académie des sciences par M. le professeur Moissan de l'Institut et MM. G. J. Jaubert, J. Bruhat et H. Dubois, à l'Académie de médecine par MM. les Drs Albert Robin et Lucas-Championnière.

Le perborate de soude est donc d'une grande commodité puisque par simple solution aqueuse il donne une eau oxygénée chimiquement pure dont les propriétés antiseptiques sont renforcées par celles du borate de soude.

Un litre d'eau à la température de 15° dissolvant 25 grammes de perborate de soude, on a par saturation une eau oxygénée à 2 volumes environ, c'est-à-dire contenant deux fois son volume d'oxygène à l'état naissant, soit 2 litres d'oxygène par litre de solution. En employant de l'eau à 20, 30 et 40 degrés centigrades, la proportion de perborate de soude soluble augmente avec l'élévation de température et l'on obtient ainsi de l'eau oxygénée à 3, 4 et 5 volumes ; mais si l'on dépasse 40°, l'eau oxygénée perd une partie de son oxygène, qui s'échappe à l'état gazeux.

La solubilité du perborate de soude augmente considérablement en présence d'un acide faible tel que l'acide citrique ou tartrique et ce phénomène permet d'obtenir des eaux oxygénées de 10 à 20 volumes ; ajouté en poudre à l'acide sulfurique à 50 0/0, il fournit tout de suite, après filtration

sur du fulmicoton de l'acide borique mis en liberté, une eau oxygénée titrant de 150 à 200 volumes. Mais cette solution ne doit être maniée qu'avec précaution, car elle attaque fortement l'épiderme des mains en produisant une douleur cuisante et une décoloration instantanée de la peau tout à fait caractéristique ; ce pouvoir décolorant semble devoir donner d'utiles résultats pour la décoloration des dents et va être l'objet de recherches dans ce sens.

Voici quelques formules d'eaux oxygénées de titres courants, préparées rapidement avec le perborate de soude :

Eau oxygénée à 2 volumes :

Perborate de soude	25 gr.
Eau bouillie froide	1 litre.

Eau oxygénée à 10-12 volumes :

Perborate de soude	170 gr.
Acide citrique pulvérisé	60 gr.
Eau bouillie froide	1 litre.

Eau oxygénée à 18-20 volumes :

Perborate de soude	210 gr.
Acide citrique pulvérisé	105 gr.
Eau bouillie froide	700 gr.

Usages thérapeutiques. — Le perborate de soude par ses propriétés intéresse aussi bien la chirurgie générale que la chirurgie dentaire, la médecine et l'hygiène.

En grande chirurgie il fournit suivant les besoins une eau oxygénée de 2 à 12 volumes légèrement alcaline ou neutre, ne contenant aucune substance irritante et dépourvue de toute toxicité.

En petite chirurgie il offre les plus grands avantages pour faire les pansements d'attente, car le perborate de soude permet d'obtenir instantanément une solution antiseptique inoffensive qui servira à laver les plaies et à les protéger à l'aide de compresses. Mais c'est surtout en hygiène que cette solution sera utilisée avec avantage pour les soins de la peau et le lavage des cavités naturelles tant à l'état normal qu'à l'état pathologique.

Sous forme de poudre le perborate de soude peut être

employé directement avec succès en pansements secs sur des plaies récentes ou suppurées, car il dégage d'une façon continue au contact des sécrétions humides de l'oxygène naissant qui tient la plaie en constant état d'asepsie sans dégager comme l'iodoforme une odeur caractéristique.

Les eaux oxygénées de 2 à 12 volumes sont celles employées pour les usages courants : toilette, lavages antiseptiques, gargarismes, soins de la bouche, hémostatique, désinfections et désodorisation des crachoirs, nettoyage et stérilisation des objets de toilette et du pansement, etc.

L'eau oxygénée est un agent d'assainissement contre les maladies contagieuses et épidémiques, supérieur à l'acide phénique trop caustique, au formol difficile à manier et d'une odeur insupportable, au sublimé qui coagule les albuminoïdes ; en chirurgie dentaire on l'emploie pure ou étendue d'eau selon son titre, en bains de bouche après les extractions, grâce à ses propriétés antiseptiques et hémostatiques, dans le traitement des diverses stomatites, de la pyorrhée en injection intra-alvéolaire pour le nettoyage antiseptique des canaux radiculaires, pour le nettoyage des dents associée à la pierre ponce avec laquelle elle forme une pâte à action mécanique et chimique.

Prenant en considération les nombreux usages qu'on peut faire tant du perborate de soude en poudre que de sa solution oxygénée, ce merveilleux produit doit avoir de nombreuses applications en art dentaire par sa substitution complète à l'eau oxygénée ordinaire, qu'il est bien difficile de trouver dans le commerce à l'état de pureté sans être d'un prix inabordable, dont la stabilité est trop faible et enfin qui est toujours acide, défauts qui sont les qualités de la solution de perborate de soude.

Indications bibliographiques :

Communication de M. le Dr Albert Robin, Académie de médecine, p. 605-20-12-04 et 14-2-05 ; Communication à l'Académie des sciences de MM. G. J. Jaubert, 12-04 ; J. Bruhat et H. Dubois, 2-1-05 ; *Revue de Chimie Industrielle*, 2-05 ; *Revue Médico-Pharmaceutique*, 04 ; L. V. *Union Pharmaceutique*, p. 3-30-1-05.

ÉCLATEMENT PAR COUP DE FEU DE TOUTE UNE BRANCHE MONTANTE DU MAXILLAIRE INFÉRIEUR

INTERVENTION PROTHÉTIQUE AVANT TOUTE INTERVENTION CHIRURGICALE

Par L. Frey,
Professeur à l'École dentaire de Paris,
Dentiste des Hôpitaux.

(Communication au Congrès de Cherbourg, août 1905.)

Je vous communique cette observation simplement pour vous montrer une fois de plus quels auxiliaires utiles, nous autres dentistes, nous pouvons être pour le chirurgien par notre intervention prothétique.

Celle-ci est tantôt anté-opératoire ou immédiate quand elle doit servir de guide et fournir un squelette à une restauration des parties molles, tantôt post-opératoire quand il lui faut redresser une cicatrisation vicieuse.

Ici il s'agit d'une intervention anté-opératoire. Un jeune soldat, dans un accident de tir, *au commencement de l'année 1905*, a toute la branche montante droite de son maxillaire inférieur fracassée par un coup de feu. Je le vois le *1er mai* sur la recommandation de mon ami, le professeur Mignon, du Val-de-Grâce ; déformation énorme par une cicatrice vicieuse qui rétracte toute la joue droite et dévie affreusement tout le maxillaire vers la droite. Une large fistule à l'extrémité postérieure de cette cicatrice indique nettement que les parties restantes du maxillaire ne sont pas guéries, suppurent encore.

Pour permettre au Dr Mignon d'intervenir dans des conditions normales, je me décide à faire le redressement anté-opératoire de la mâchoire déviée.

Le 6 mai j'applique, avec l'aide de mon très distingué chef de laboratoire, M. Philippoteaux, l'appareil dont les principes ont été établis si nettement par mon maître, le Dr Claude Martin (de Lyon), à savoir :

1°) Un casque, constitué par deux lames d'acier en croix, reliées au sommet par deux rivets ; les extrémités sont légèrement recourbées en dehors, mais celle de gauche se prolongeant tout le long de la branche montante, et s'y appuyant, par une attelle munie d'un anneau métallique à son extrémité inférieure ;

2°) Une gouttière enserrant toutes les dents de la mâchoire inférieure, surtout les grosses molaires par des anneaux en or. De la région incisive part une tige en bronze d'aluminium, courbée en demi-cercle pour faciliter les mouvements de la lèvre inférieure. Cette tige porte un crochet à son extrémité ;

3°) Un élastique puissant réunit les deux pièces précédentes, allant de l'anneau de l'une au crochet de l'autre ; c'est lui qui opère la traction de la droite vers la gauche.

Pour empêcher le casque de tourner, une sangle est fixée sur les lames au niveau du front et vient s'attacher en arrière.

Le 10 mai la mâchoire est redressée, mais encore en opistognathisme marqué, en raison du tiraillement et du relâchement des ligaments de l'articulation temporo-maxillaire, consécutifs à la déviation cicatricielle.

Jusqu'au 27 mai, cet opistognathisme se corrige en grande partie lui-même et l'articulation des dents seule arrive à maintenir le redressement.

Cependant pour éviter toute récidive, le 27 mai M. Philippoteaux applique les appareils de maintien, constitués de la façon suivante

Bas : *plaque-base en caoutchouc*, crochets en or sur la deuxième prémolaire et la première grosse molaire inférieures gauches ; *aux crochets est soudée une attelle en alliage* qui viendra glisser et s'appuyer en dehors sur une attelle semblable venant de l'appareil du haut.

Du côté droit, un crochet entre la canine et la première petite molaire inférieure droite ; un autre autour de la première grosse molaire.

Tous ces crochets en or sont soudés à une armature intérieure en alliage.

Haut: *Plaque-base en caoutchouc;* une attelle en alliage est également soudée à gauche aux crochets de la deuxième prémolaire et de la deuxième grosse molaire.

Du côté droit un crochet sur la canine, un autre sur la deuxième grosse molaire.

Tous ces crochets sont soudés à une armature intérieure en alliage.

Je vous fais observer que l'attelle inférieure et externe fut d'abord amovible, pouvant se fixer seule par glissement dans une gouttière; puis, au bout de quelques jours, quand le malade put mettre facilement ses deux appareils, nous rendîmes cette attelle inamovible.

Le 16 juin, comme il reste encore un peu d'opistognathisme, nous ajoutons à l'appareil du haut, dans sa partie antérieure, un petit plan incliné qui oblige la mâchoire inférieure à glisser plus en avant.

Depuis, le professeur Mignon a fait son intervention chirurgicale, très facilitée par notre redressement.

J'insiste auprès de vous sur la rapidité du résultat obtenu : *quatre jours seulement, du 6 au 10 mai, pour vaincre la rétraction cicatricielle;* et j'y insiste parce que ce cas si simple comporte pour nous une déduction fort importante.

Nous attendons au Val-de-Grâce les rapports des médecins militaires détachés auprès des Russes et des Japonais; si leurs statistiques comportent un pourcentage important de fractures des maxillaires, il y aura lieu de s'en préoccuper pour l'avenir de la chirurgie de guerre.

Il est évident que la fracture du maxillaire doit guérir sans plus de déformations que les autres fractures et, pour arriver à ce résultat, il sera de toute nécessité que le dentiste avec ses procédés pratiques, simples, peu coûteux, ait un service officiel et bien établi dans les règlements du service de santé.

Inventions et perfectionnements

NOUVEL APPAREIL POUR L'EXTENSION DU MAXILLAIRE SUPÉRIEUR

Par M. DARCISSAC.

(Présenté à la Société d'Odontologie, 11 juillet 1905.)

Ce nouvel appareil extenseur permet d'utiliser l'élastique comme force continue.

Il est composé d'une plaque-base ordinaire sectionnée dans sa partie médiane et dont les deux moitiés sont réunies par un système métallique de quatre branches, articulées deux par deux, formant ainsi deux angles opposés par leur sinus.

Chacune des extrémités des branches est mobile autour d'un pivot. Les deux pivots au sommet des deux V portent à leur partie inférieure un crochet, sur lequel viendra se fixer l'élastique ; les autres sont noyés dans la plaque-base.

Dans la construction de l'appareil deux faits doivent dominer :

1° L'écartement des branches doit être aussi grand que possible, car la force est en raison directe de l'ouverture de l'angle (on fera varier la longueur des branches suivant les cas) ;

2° Les surfaces articulées autour des pivots doivent être situées sur des plans horizontaux et parallèles.

Cet appareil a l'avantage de donner une force qui peut être augmentée ou diminuée à volonté : elle peut être excessivement grande.

De plus cette force porte d'une façon égale sur les dents et sur les maxillaires, car, elle s'exerce latéralement, sur un plan rigoureusement horizontal, surtout si l'appareil a été construit avec soin et s'il ne présente qu'un jeu très faible.

Enfin, suivant les cas, la force peut s'exercer au gré du dentiste, soit uniquement sur la partie antérieure du maxillaire, soit sur la partie postérieure : il suffit de paralyser le sommet de l'un des deux V, par quelques tours de fil à ligature.

L'appareil que j'ai appliqué a été abandonné à lui-même, et, il est facile de constater, d'après le résultat très satisfaisant obtenu en une

dizaine de jours, que, la force s'est répartie d'une façon à peu près égale, sur toute l'étendue du maxillaire.

Le cas d'ailleurs est assez intéressant : il s'agit d'un sujet âgé de 16 ans, dont le maxillaire supérieur présente de l'asymétrie à droite et un prognathisme très accentué, auquel je remédierai plus tard, une fois l'extension obtenue, par l'application de l'appareil de M. Martinier.

A première vue, l'appareil pourrait paraître encombrant, mais, s'il présente un certain volume, il laisse entièrement libre la partie antérieure de la voûte palatine ; d'ailleurs, le patient n'accuse qu'une gêne très faible.

En résumé, cet appareil extenseur présente l'avantage de pouvoir être guidé, dans sa force et dans son action, action égale sur les dents et sur le maxillaire ; et, d'après le progrès obtenu en quelques jours, il m'est permis d'espérer que je pourrai vous présenter bientôt un résultat définitif tout à fait satisfaisant.

REVUE DE L'ÉTRANGER

TRAITEMENT PRÉVENTIF DES DENTS, EN PARTICULIER AU MOYEN DU NITRATE D'ARGENT[1]

Par le Prof. MILLER,

Président de la Fédération dentaire internationale.

(Communication à l'Association dentaire britannique dans sa réunion de Southport, 20 mai 1905.)

Tous les dentistes savent que les opérations dentaires exigent beaucoup de temps, qu'elles sont difficiles à exécuter et souvent extrêmement désagréables pour le patient, sinon vraiment douloureuses. Une aurification, un simple amalgame sur la face proximale d'une dent demandent, avec la préparation de la cavité et le polissage, plus de temps que l'amputation d'une jambe et souvent qu'une laparatomie ; et, quand on arrive au traitement des canaux radiculaires des molaires, le temps passé peut représenter plusieurs fois celui que nécessite la plus grave opération chirurgicale dont dépend la vie du patient. Il en résulte que le traitement des molaires malades est un luxe accessible seulement à une infime minorité, soit, pour le monde entier, peut-être une proportion de 1 o/oo. Il me semble donc qu'un des buts les plus élevés de la profession dentaire est de mettre ses services à la portée des millions de gens qui souffrent des dents et dont personne ne s'occupe actuellement.

Nous devons, par conséquent, trouver légitimes et humanitaires les efforts faits pour découvrir et mettre en pratique des procédés propres à réduire la tendance des dents à se carier et à simplifier le traitement quand la carie a commencé ses ravages.

Naturellement nos efforts comme dentistes doivent tendre, tout en observant les diverses mesures hygiéniques dont nous disposons, à favoriser un développement des dents aussi parfait que possible, parce que nous devons toujours persister dans l'idée que des dents bien développées, parfaitement calcifiées, sont moins susceptibles de se carier que des dents se présentant avec les conditions contraires.

1. Ce travail de notre éminent collaborateur devait être publié dans *L'Odontologie* du 15 août 1905, en même temps qu'il paraissait dans le *British Journal of Dental science* et dans le *Cosmos*, mais par suite d'un retard regrettable dans la réception des clichés, il n'a pu trouver place que dans le présent numéro.

Bien plus, en tenant compte de l'importance des propriétés physiques et chimiques des aliments et du soin journalier des dents de la part du patient lui-même, nous sommes à même de faire beaucoup pour diminuer les ravages de la carie.

L'introduction des obturations plastiques a constitué un progrès très important dans la voie de la vulgarisation de la dentisterie et a été un bienfait pour l'humanité. La tentative faite pour trouver les moyens d'imprégner la pulpe dentaire nécrosée, de façon à en rendre les débris aseptiques et, par suite, à pouvoir se passer d'en débarrasser les canaux tortueux, n'a pas encore été couronnée du succès qu'on attendait. Il est à souhaiter que les recherches continuent dans cette voie, puisqu'il est hors de doute qu'un tel résultat serait une grande victoire sur la maladie, et qu'on sauverait ainsi des millions de dents qui sont, d'ordinaire, extraites ou dont la destruction lente s'accompagne de douleurs violentes.

Je n'insisterai cependant pas sur ces considérations, et je me bornerai à vous signaler les efforts d'un genre plus spécial qui ont été faits pour empêcher l'apparition de la carie dentaire ou pour en arrêter la marche. J'appellerai votre attention seulement sur la méthode, très employée autrefois, qui consiste à pratiquer de larges séparations entre les dents au moyen d'une lime, et sur les séparations plus systématiques en forme de V, préconisées par Arthur. Ces procédés n'ont guère plus maintenant qu'un intérêt historique.

Dans ces dernières années, deux méthodes différentes de dentisterie préventive ont été suivies : l'une employant des moyens mécaniques, l'autre des moyens chimiques, recommandées principalement, la première par MM. Wright, de Cincinnati, et Smith, de Philadelphie, la seconde, par M. Bryan, de Bâle. Les deux premiers praticiens préconisent et pratiquent ce que nous pouvons appeler le nettoyage et le massage complet des dents. Leurs patients doivent se présenter à leurs cabinets une fois par quinzaine ou au moins une fois par mois ; chaque dent est soumise à un nettoyage et à un polissage rigoureux sur ses différentes faces, à l'aide de bâtonnets de bois et de pierre ponce. Il est hors de doute qu'un nettoyage aussi complet, répété à des intervalles courts et réguliers, est bien de nature à tenir les dents et les gencives à l'état de santé. M. Bethel déclare, dans le *Dental Summary* de mars 1905, après avoir examiné un certain nombre de patients de M. Smith, que tous « avaient des dents et des gencives remarquablement propres avec absence totale de cette odeur désagréable que répandent les bouches mal soignées ». Il ne faut toutefois pas perdre de vue que la personne disposée à se rendre tous les quinze jours ou tous les mois chez le dentiste et à passer plusieurs heures dans son fauteuil doit également consacrer personnellement beaucoup de temps à ses dents ; c'est en grande partie à ce fait qu'il

faut attribuer le bon état de la dentition. Nous n'avons aucune raison de mettre en doute l'affirmation de M. Bethel et nous reconnaissons qu'il y a lieu de féliciter le dentiste capable d'inspirer à ses patients autant de zèle pour soigner leurs dents. Il est certain que nous obtiendrions d'excellents résultats, si nous voulions tous enseigner à nos patients, mieux que nous l'avons fait jusqu'ici, l'importance de soins constants donnés aux dents et la façon de les nettoyer journellement.

On peut toutefois contester l'opinion de Smith qui prétend qu'en frottant une dent, avec un bâtonnet de bois, une fois par mois, ou même une fois tous les quinze jours, on peut provoquer une réaction de la pulpe augmentant la résistance de la dentine. Il est très douteux que l'application d'un agent mécanique ou chimique à la surface de l'émail ait une influence quelconque sur la pulpe et puisse stimuler ou augmenter l'activité de cet organe. Tous ceux qui ont étudié l'anatomie, la physiologie et la pathologie du système dentaire savent bien que l'activité de la pulpe se manifeste par la formation de dentine secondaire et par l'augmentation de transparence de la dentine correspondant au point sur lequel on a agi. On constate cependant que, sauf quelques exceptions, ni l'usure de la cuspide d'émail ni la désorganisation de l'émail n'ont pour conséquence une réaction de la portion de dentine sous-jacente (fig. 1), tant que la destruction de l'émail n'a pas progressé vers la dentine ou ne l'a pas atteinte. Si nous voulons, en conséquence, amener une solidification des parties dures des dents en massant la surface extérieure de l'émail, nous sommes obligés d'agir, jusqu'à ce que nous ayons usé une portion considérable de l'émail, ce qui, bien entendu, est tout aussi impraticable que peu recommandable. Bien plus, le massage de la dent, consistant dans le frottement de la surface d'émail une fois par mois avec un bâtonnet en bois d'oranger, est négligeable comparativement au massage naturel que subissent les dents, trois fois par jour, pendant la mastication. En outre, l'influence que nous pouvons exercer sur le développement des dents par les propriétés physiques des aliments ne résulte pas uniquement de l'action sur la pulpe : elle se manifeste également sur le ligament alvéolo-dentaire et les tissus vasculaires qui entourent la racine, les pressions répétées exercées sur le ligament ayant le caractère d'un exercice gymnastique, en déterminant une augmentation de l'afflux sanguin et de l'action vitale des tissus mous de la dent. Il est donc douteux, suivant moi, qu'il soit sage d'enlever, par un emploi exagéré de la pierre ponce, la cuticule d'émail aux points vulnérables, car j'ai constaté que la destruction de cette membrane augmente la susceptibilité de la dent à la carie.

Si donc toutes les mesures tendant à assurer des soins systématiques et complets des dents sont très recommandables, l'emploi exa-

géré de la pierre ponce doit être évité, et la tentative faite pour augmenter la densité des tissus de la dent, au moyen du frottement de l'émail par une pointe de bois, est sans doute inutile.

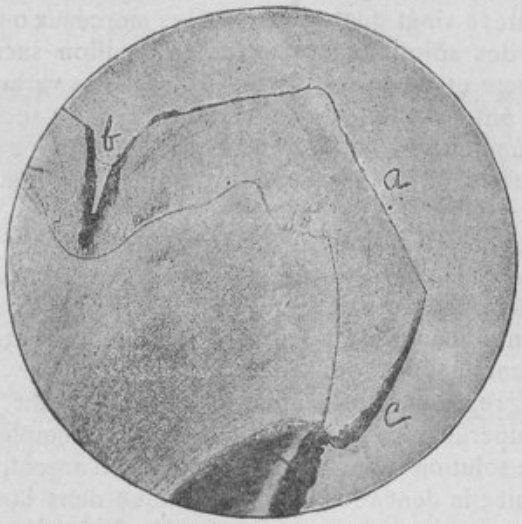


Fig. 1. — L'usure de la cuspide d'émail en *a* ne cause aucun changement dans la dentine sous-jacente.

L'usage des agents chimiques et surtout celui du nitrate d'argent pour le traitement de la carie dentaire, tel qu'il a été recommandé par Stebbins dans l'*International Dental Journal* d'octobre 1891, sont sans doute connus de tous les praticiens. Stebbins a limité l'emploi de cet agent aux cas où la carie a déjà commencé, tandis que Frank (*Oest. ung. Viertelj. f. Zahnh.*, 1897) le préconisait comme un adjuvant non seulement thérapeutique, mais prophylactique. Il considérait les dents saines voisines de dents malades comme susceptibles de caries étendues. Il traitait les bords des cavités, avant l'obturation, par le nitrate d'argent, surtout aux points où il pouvait craindre une récidive de la carie. Frank était très enthousiaste du nitrate d'argent comme moyen prophylactique ; de même Bryan (*Dental Review*, 1904).

Malgré de telles recommandations, le nitrate d'argent n'est que fort peu employé comme agent prophylactique ou thérapeutique ; tous mes efforts pour me procurer des éléments à examiner ont échoué, sauf dans un cas, où une dent m'a été envoyée par M. Bryan. C'est principalement sa communication au Congrès de Madrid, en avril 1903, qui m'a amené à entreprendre les expériences que nous allons passer en revue maintenant.

Les questions à résoudre sont au nombre de deux : 1° *Le nitrate*

d'argent protège-t-il la dentine contre l'action des acides et dans quelle mesure ?

Des morceaux d'ivoire ont été traités par une solution aqueuse concentrée de nitrate d'argent, pendant un laps de temps variant de quelques minutes à vingt-quatre heures. Ces morceaux ont été ensuite plongés dans des solutions fermentées de bouillon sucré et peptonisé ou de sucre et de salive. Après des périodes variant de deux à huit jours, ils ont été enlevés et il en a été fait des sections passant par le point où le nitrate avait été appliqué. Les figures 2 et 3, qui sont des photographies de ces préparations, montrent une action protectrice très nette de la part du nitrate.

Pour continuer cette expérience, des dents humaines ont été traitées de la même manière. Le résultat a été identique, quoique moins prononcé parfois. Le plus souvent, l'action protectrice du nitrate était surtout évidente quand la surface de la dentine avait été légèrement décalcifiée avant l'application.

La figure 4 représente la section d'une dent ayant deux cavités proximales superficielles : l'une de celles-ci fut complètement plongée dans une solution concentrée de nitrate d'argent, qui agissait pendant la nuit ; la dent resta ainsi suspendue dans la solution pendant cinq mois. Au bout de ce temps, la décalcification au niveau de la cavité *a* traitée par le nitrate n'avait que peu progressé, tandis que dans l'autre, *b*, elle avait continué et finalement atteint la pulpe. Il y a lieu de noter cependant que le traitement avait été bien plus complet qu'il ne l'est dans la pratique. Le bord de la cavité *b* fut malheureusement déchiré dans la préparation et il en manque un bon demi-millimètre, ce qui rend le contraste moins frappant dans la figure.

Plus de cinquante expériences de ce genre ont été faites dans diverses conditions, et dans tous les cas le traitement a été plus intense que dans la pratique. Des dents furent plongées pendant cinq jours dans un bouillon sucré, de façon à produire une décalcification légère, puis séchées superficiellement et badigeonnées d'une solution aqueuse concentrée de nitrate d'argent, séchées de nouveau à l'air pendant une heure, puis replongées dans le bouillon. Au bout de vingt-quatre heures ce traitement fut répété, et les dents, en séchant, présentaient une tache fortement noire à l'endroit où l'application avait été faite. Elles furent de nouveau plongées dans la solution et y restèrent quatre semaines, à la fin desquelles elles furent retirées, traitées de nouveau par le nitrate d'argent, puis immergées de nouveau.

Finalement, au bout de trois mois, les dents furent retirées de la solution et des sections furent pratiquées à l'endroit où l'application avait été faite. On avait employé des dents entières et parfois des moitiés ou des sections de 1 mm. environ d'épaisseur. Certaines sec-

tions étaient parallèles aux canalicules dentinaires, d'autres leur étaient perpendiculaires.

Les solutions furent renouvelées de temps en temps pendant l'expérience, qui se prolongea, selon les cas, de quelques semaines à plusieurs mois.

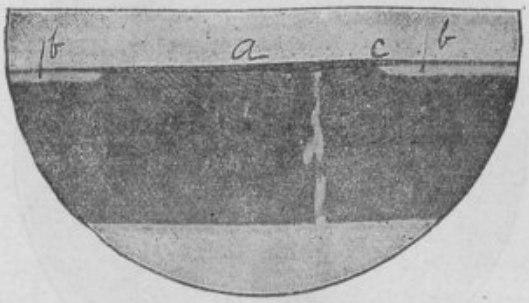


Fig. 2. — Section d'un bloc d'ivoire montrant l'action protectrice du nitrate d'argent en *a*. La couche transparente *b* montre la profondeur de la décalcification de la dentine non protégée.

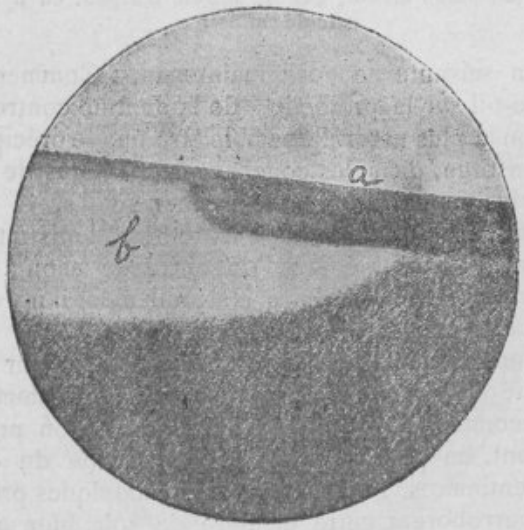


Fig. 3. — Partie de la figure 2 plus agrandie.

Les résultats obtenus confirment l'opinion généralement répandue que le nitrate d'argent, appliqué aux cavités cariées, a un effet plus ou moins prononcé en arrêtant les progrès du mal. La protection n'est, bien entendu, que partielle et diffère de degré, suivant les cas.

Parfois le nitrate ne produisait pas d'action protectrice, ainsi que cela fut constaté dans quelques cas, où le traitement fut appliqué au

collet ou à la racine de la dent. Je n'ai pu trouver de raison pour expliquer ce fait exceptionnel.

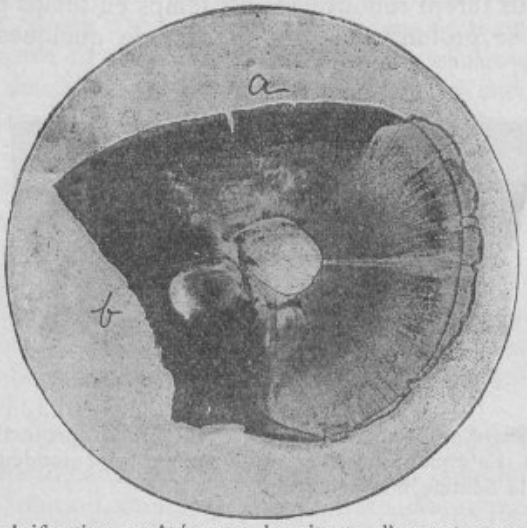


Fig. 4. — Décalcification arrêtée par le nitrate d'argent en *a* (Le tissu décalcifié est noir).

La question suivante se pose maintenant : Comment le nitrate d'argent influe-t-il sur la protection de la dentine contre les acides ?

L'explication la plus naturelle semble être que le précipité d'argent métallique constitue, dans les couches superficielles de la dentine, une barrière plus ou moins imperméable aux acides.

Pour vérifier l'exactitude de cette hypothèse, le tissu traité avec le nitrate d'argent fut conservé dans l'obscurité, de façon à empêcher la réduction du nitrate de se produire. Naturellement il n'y eut pas, dans ce cas, de décoloration de la surface ainsi traitée.

L'action protectrice, toutefois, resta la même, et par conséquent, l'inadmissibilité de l'explication ci-dessus semble suffisamment prouvée.

Comme seconde explication possible de l'action protectrice du nitrate d'argent, on peut invoquer la coagulation du contenu des canalicules dentinaires. Les sections microscopiques présentent des aspects qui corroborent cette manière de voir, bien qu'elles ne la prouvent pas définitivement. Une autre preuve à cet égard est donnée plus loin.

Pour éviter la décoloration des dents traitées par le nitrate, je plongeai d'abord la dent dans une solution concentrée de sel commun, puis j'appliquai le nitrate à la manière ordinaire ; je la replongeai ensuite dans la solution salée, voulant ainsi obtenir un précipité de chlorure d'argent insoluble. L'essai réussit et aucune décoloration ne se produisit. Malheureusement cependant, certaines dents trai-

tées de cette façon ne présentèrent pas d'augmentation de résistance à l'action des acides. Cela concorde avec la conclusion à laquelle

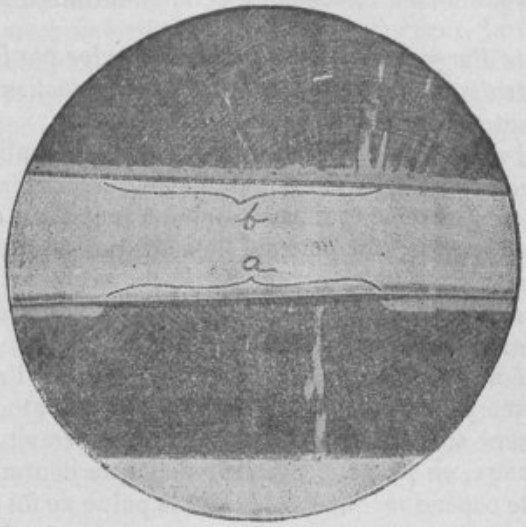


Fig. 5. — Comparaison de l'action protectrice du nitrate d'argent *a* avec le protargol *b*.

Fig. 6. — Dents temporaires traitées pendant la vie avec du nitrate d'argent en *a*. Formation de dentine secondaire en *b*.

je suis arrivé plus haut, que la protection offerte par le nitrate d'argent n'est pas due à la formation d'un précipité inorganique dans les canalicules.

Le collargol et le protargol furent essayés au point de vue de leur

action protectrice et les résultats furent absolument négatifs. La figure 5 montre l'absence totale de toute action protectrice de la part du protargol comparativement à celle du nitrate d'argent.

2° *Le nitrate d'argent agit-il en excitant la pulpe par l'intermédiaire des fibrilles dentinaires et déterminant ainsi la production de la dentine secondaire s'opposant à la marche de la carie ?*

A priori, je suis porté à douter qu'un agent thérapeutique, appliqué seulement quelquefois à la surface de l'émail, affecte la pulpe d'une manière quelconque et je crois mon opinion tout à fait d'accord avec les faits. Nous savons, en effet, que l'émail, possède seulement à un degré *très limité* le pouvoir de transmettre les irritations et qu'il peut se désagréger presque entièrement sans que la dentine sous-jacente soit affectée en quelque façon (V. fig 1 en *a* et *c*).

Le seul élément que j'ai eu à ma disposition pour l'examiner était la dent envoyée par M. Bryan, qui, bien que le nitrate eût été appliqué directement sur la dentine ramollie, ne présentait pas trace de réaction pulpaire, en particulier pas de dépôt de dentine secondaire. Il est possible cependant que dans ce cas la pulpe ne fût plus vivante [1].

Action protectrice du nitrate d'argent sur l'émail.

Le traitement préventif des dents saines par le nitrate d'argent est basé sur la supposition qu'il offre une protection à l'émail contre

---

1. Après ma communication à Southport, M. W. C. Grayston a bien voulu me remettre quatre dents qui avaient été traitées dans la bouche par le nitrate d'argent. Deux d'entre elles étaient des molaires temporaires, dont les racines étaient complètement résorbées, d'où j'infère, étant donné l'aspect général des dents, qu'elles étaient dans un état tout à fait normal à l'époque où elles étaient tombées. Les deux autres étaient des petites molaires, avec des caries superficielles s'étendant autour du collet, chez lesquelles la pulpe semblait aussi avoir été dans un état normal. Des sections de ces dents, teintées à la picrofuchsine, présentaient, sur certains points, un arrêt apparent de la carie. Les deux dents de lait et une face d'une des petites molaires présentaient une couche de dentine ramollie d'environ 1/2 mm. d'épaisseur au-dessous de la couche noircie par le nitrate. Il est impossible de déterminer si cette couche ramollie s'est formée postérieurement au traitement par le nitrate ou si, existant lors du traitement, elle n'a pas été pénétrée par le nitrate. Dans tous les cas les dents indiquent un arrêt marqué dans la marche de la carie, et le fait que les dents de lait demeurèrent dans un état parfaitement sain jusqu'à l'époque normale de leur chute, est une preuve évidente du succès du traitement. Dans toutes les dents, il s'était formé de la dentine secondaire (V. fig. 6), mais comme nous rencontrons habituellement des formations semblables en cas de carie chronique, il est impossible de dire, dans le présent cas, si cette formation était due à l'action directe du nitrate d'argent ou était simplement le résultat de l'état chronique de la carie. Nous pouvons dire cependant que le nitrate d'argent tend à produire la calcification de la dentine et la formation de dentine secondaire, et qu'il transforme une carie aiguë en une carie chronique.

l'action des acides. Il était donc nécessaire de vérifier cette hypothèse expérimentalement :

1° Des dents saines dont l'émail avait par zones alternantes été badigeonné avec une solution de nitrate d'argent, furent soumises à l'action de solutions de 2 à 5 0/0 d'acide chlorhydrique.

Le temps nécessaire pour séparer la cuticule de l'émail ne fut pas plus long pour les zones sur lesquelles le nitrate avait agi.

2° Des dents saines, traitées comme il est indiqué à la figure 7, jusqu'à ce que des bandes ou des taches noires se fussent formées sur leurs surfaces, furent soumises pendant des périodes variant de quelques jours à plusieurs mois à l'action d'acides organiques faibles, obtenus par la fermentation de solutions de bouillon sucré mélangé avec de la salive.

Des sections faites à la fin de ces périodes révélèrent ce fait que le nitrate n'avait pas offert à l'émail de protection nette, et que l'acide avait attaqué la surface noircie aussi rapidement que les parties qui n'avaient pas été traitées. Cela est clairement mis en lumière par les photographies ci-jointes (V. fig. 7 et 8).

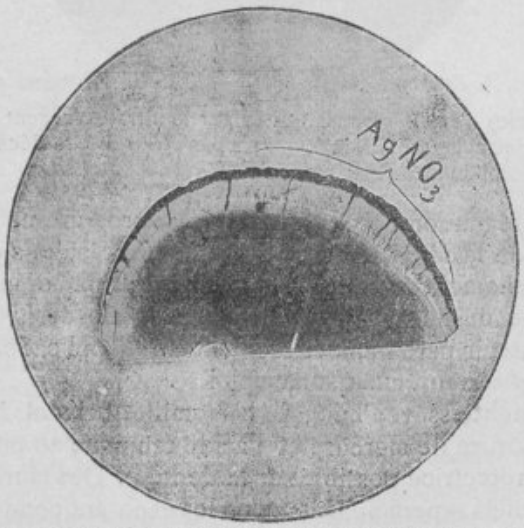


Fig. 7. — Nitrate d'argent appliqué comme cela est indiqué par l'accolade ; la bande noire (tissu décalcifié) est aussi large ici que dans les parties voisines. La plus grande épaisseur en *a* est due à une abrasion de la surface.

En présence de ces résultats, on peut se demander si les avantages que l'on peut retirer de l'emploi du nitrate d'argent comme agent prophylactique suffisent à contrebalancer ses inconvénients qui sont très importants : propriété escharotique, toxicité, décoloration des tissus.

ACTION PROTECTRICE DE LA PARAFFINE, DE L'ACIDE TANNIQUE, ETC.

Des morceaux d'ivoire qui avaient été décalcifiés superficiellement furent déshydratés dans l'alcool absolu, séchés et plongés dans une solution chaude de paraffine dans le chloroforme. La paraffine adhérant simplement à la surface de l'ivoire fut enlevée, comme elle l'aurait naturellement été dans la bouche et parce que, seule, la paraffine qui avait réellement pénétré dans le tissu pouvait être considérée comme susceptible de produire une action protectrice. Ces morceaux furent alors suspendus, avec d'autres traités de même, la paraffine en moins, dans des solutions d'acides organiques faibles.

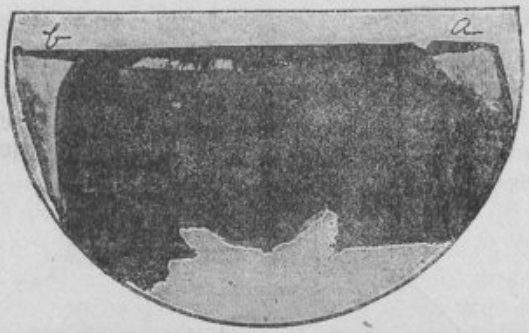


Fig. 8. — Prismes d'émail exposés traités par le nitrate d'argent en *a*. Pas d'action protectrice comparée avec *b*, qui n'a pas été traité, la décalcification étant également profonde aux deux points.

Cette imprégnation eut pour résultat de produire un arrêt marqué de la marche de la décalcification. J'attends les résultats du traitement de dents fraîchement extraites avant de donner une opinion sur l'essai de la paraffine dans la pratique. La nécessité de déshydrater le tissu et de le maintenir parfaitement sec pendant l'application de la paraffine entravera sérieusement son emploi.

J'ai également essayé l'huile de camomille, l'alcool, le chlorure de zinc, le bichlorure de mercure et l'acide tannique au point de vue de leur action protectrice possible sur la dentine. Des morceaux d'ivoire furent décalcifiés superficiellement, en les exposant pendant deux jours à l'action d'une solution de 1/2 o/o d'acide lactique, puis suspendus pendant vingt-quatre heures dans la solution, dont l'action devait être essayée, un morceau témoin étant suspendu dans l'eau pendant le même laps de temps. Tous furent replongés dans la moitié d'une solution à 1 o/o d'acide lactique et y furent laissés pendant huit jours. Au bout de ce temps la décalcification avait fait les mêmes progrès dans tous les morceaux et, en les comparant avec le morceau témoin, je ne pus découvrir dans aucun un arrêt particulier de la marche de la décalcification.

REVUE ANALYTIQUE

Par MM. Henri Dreyfus et Georges Lemerle.

ANATOMIE. — *La civilisation considérée comme facteur dans la disparition et l'atrophie de la troisième molaire. — De la disproportion des dimensions relatives qui existent entre les dents et les maxillaires ; étude d'anatomie comparée. — La principale molaire chez l'homme, ses relations et la façon dont elle se comporte par rapport aux autres dents.*

PROTHÈSE. — *Trois observations de nez artificiel.*

ORTHODONTIE. — *Détermination de l'arcade normale et ses applications à l'orthodontie. — Impressions de la section d'orthodontie au 4e Congrès international. — Des indications de l'extraction pour la correction des irrégularités dentaires. — Principes et technique de la rétention en orthodontie.*

PATHOLOGIE BUCCALE. — *Le cancer de la langue ; considérations sur son histologie pathologique et la technique opératoire de son extirpation. — La radiothérapie dans l'épithélioma. — La langue scrotale.*

ANATOMIE

La civilisation considérée comme facteur dans la disparition et l'atrophie de la troisième molaire.

Au cours d'examens nombreux portant sur des crânes anciens du Museum de Mexico, l'auteur a toujours rencontré des dents de sagesse ayant bien évolué et sur des maxillaires bien développés. Il a examiné également, dit-il, plus de 2.000 Indiens ; il a toujours constaté la présence des dents de sagesse et jamais d'accidents dus à l'éruption de ces dents.

Chez les blancs, au contraire, les dents de sagesse sont souvent absentes ; lorsqu'elles évoluent, leur éruption est fréquemment la cause d'accidents divers parfois très graves.

On doit imputer cet arrêt de développement et ces accidents à la diminution de travail que la civilisation permet aux maxillaires.

Un exemple excellent en est donné lorsqu'on étudie à ce point de vue des nègres de Cuba. Jadis esclaves soumis à une vie très rude, à une alimentation grossière on ne rencontrait que rarement chez eux des caries dentaires et jamais d'accidents d'éruption de dent de sagesse. Aujourd'hui, les descendants de ces nègres, devenus libres et citadins, usant de tous les progrès de la civilisation, sont en proie à la carie dentaire et aux accidents dus à la troisième molaire, tout comme les blancs.

Juan Falero (de Mexico) *(Dental Cosmos*, mars 1905.)

G. L.

De la disproportion des dimensions relatives qui existent entre les dents et les maxillaires; étude d'anatomie comparée.

Dans le numéro de novembre du Cosmos, dit M. Bebb, le Dr Norman Rooch, au cours d'un article intitulé « principes fondamentaux d'orthodontie », énonce cette proposition : « Il me semble qu'il est temps que cette vieille idée de maxillaires étroits supportant des dents volumineuses soit enfin abandonnée. »

Cette proposition revient si souvent dans les travaux des auteurs appartenant à la nouvelle école d'orthodontie qu'il semble que ce soit

là le principe fondamental sur lequel est bâtie leur doctrine.

Si cela est destiné à détourner quelques praticiens peu instruits de la coutume d'extraire des dents afin d'effectuer des redressements, j'abonde dans le sens de l'auteur ; mais si cette proposition qu'il n'existe pas de maxillaire volumineux à petites dents et réciproquement est considérée comme un fait scientifique, devant être pris à la lettre, alors je proteste.

Si nous acceptons les théories aujourd'hui si communément répandues du Darwinisme, nous sommes bien forcés de croire que des variations peuvent exister entre les proportions de divers tissus. Ces variations sont mêmes plus considérables qu'on ne serait tenté de le croire.

Je me suis livré à ce propos à une série de recherches sur des crânes de canidés portant sur des espèces modifiées par la domestication, et descendant d'un ancêtre commun, le loup gris ; je veux parler du coyote, du bull terrier, du bulldog et du mastiff.

J'ai pris pour base de mes mensurations une ligne partant du bord distant de l'alvéole des incisives centrales et allant jusqu'au bord distant des dernières molaires.

On constate chez le loup gris des maxillaires bien proportionnés par rapport aux dents qu'ils supportent.

Au contraire chez le bulldog on constate un maxillaire inférieur prognathe, une articulation anormale, des dimensions maxillaires disproportionnées avec les dimensions dentaires.

Dans le même ordre d'idées, mais en sens contraire, si on examine un crâne de mastiff, animal beaucoup plus grand que le loup gris, on trouve des dents d'un volume égal à celles de ce dernier. Il y a disproportion entre les dents du mastiff, trop petites et les dimensions de ses maxillaires très grands.

Ces divers points viennent donc à l'appui de ma théorie, qu'il peut exister, à l'encontre de ce que pense Norman Rooch, une disproportion parfois très grande entre les dimensions des maxillaires et celles des dents.

Le tableau suivant résume mes mensurations en millimètres :

	Maxillaires	*Dents.*
Loup gris	103	80
Bulldog	72	68.5
Coyote	97	69.5
Mastiff	116.5	80

W. M. Bebb. (*Dental Cosmos*, juin 1905.)

G. L.

La principale molaire chez l'homme, ses relations et la façon dont elle se comporte par rapport aux autres dents.

M. Bogue considère la 1re molaire comme jouissant d'une influence considérable sur le développement du squelette facial supérieur. Elle agirait comme un coin pénétrant dans ce massif osseux et réglant les proportions de ses diverses parties zygoma, antre, sphénoïde, ethmoïde.

Le chirurgien devrait donc chercher à guider l'évolution de cette dent, chaque fois que cela deviendrait nécessaire. L'influence de l'évolution de cette dent sur le développement de la face étant admise, il devient de toute importance d'agir de très bonne heure.

A partir de quel âge ? Dès que la couronne est suffisante pour maintenir un appareil. En effet, si les racines ne sont pas encore entièrement développées, les alvéoles sont mous et malléables, et des résultats peuvent être obtenus en quelques jours ou quelques semaines. Les vaisseaux apexiens par leur longueur et leur souplesse supportent facilement à ce moment les traumatismes sans danger pour la vitalité pulpaire.

On doit considérer la 1re molaire comme la clef de l'arcade dentaire, toute variation de cette clef amènera une variation de l'arcade.

E. A. Bogue. (*British Dental Journal*, mai 1905.)

G. L.

PROTHÈSE

Trois observations de nez artificiel.

Dans le premier cas, il s'agit d'une perte de substance ancienne due à un traumatisme. M. Ottofy construisit afin d'y remédier un nez artificiel en caoutchouc retenu en place grâce à une paire de lunettes et à deux petits crochets s'adaptant aux fosses nasales.

Louis Ottofy (de Manille) *(Dental Cosmos*, mai 1905.)

M. Baird, dans un cas analogue, mais dû à un épithélioma du nez, fait tenir un nez artificiel également en caoutchouc à l'aide de ressorts en or s'appliquant aux fosses nasales, et sans employer l'ancienne méthode d'une paire de lunettes comme moyen d'adaptation.

W.-H. Baird (de Burlington) *(Dental Cosmos*, mai 1905).

M. Batter a présenté une malade ayant subi une large perte de substance, nez et voûte palatine, à la suite d'une affection indéterminée (il s'agit probablement de syphilis).

L'auteur remédie à cette infirmité en construisant un nez en caoutchouc et un palais réunis à l'aide d'un ressort. Un second ressort s'appliquant à la partie supérieure des fosses nasales assure l'adaptation parfaite de la pièce prothétique. L'auteur y a ajouté une paire de lunettes non point comme moyen de tenue, mais afin de mieux dissimuler la ligne d'ajustement du nez artificiel avec la peau.

G. L.

Lee Baker (de Port Lownsend) *(Dental Cosmos*, mai 1905.)

MM. Ottofy, Baird et Batter font accompagner leurs articles de plusieurs photogravures. Malheureusement ces planches ne représentent que la pièce prothétique appliquée sur le visage des malades. Aucune ne représente l'appareil démonté, vu dans ses détails et permettant d'en comprendre la construction.

C'est un fait regrettable et qui se répète pour chacun de ces trois auteurs.

G. L.

ORTHODONTIE

Détermination de l'arcade normale et ses applications à l'orthodontie.

Lorsqu'on se trouve, dit M. Hawley, en présence de dents mal disposées, entraînant par conséquent la formation d'une arcade anormale, la question suivante se pose : « Quelle doi être l'arcade normale qui devrait exister avec ces dents ? »

Pour répondre à cette question le moyen le plus ordinairement employé est l'examen oculaire, mais ce dernier est forcément grossier et sujet à de nombreuses erreurs.

Bonwill dans un remarquable travail sur l'articulation interdentaire a cherché à déterminer la forme exacte de l'arcade à l'aide de principes géométriques, et son mémoire est connu de tous.

Sa méthode est basée sur les rapports géométriques définis, qui existent entre les dents d'une arcade et les côtés d'un triangle ayant pour base l'espace intercondylien et pour sommet l'interstice des incisives centrales supérieures au niveau de leur bord tranchant.

C'est en s'appuyant sur les principes généraux de cette méthode que Bonwill a construit un articulateur pour les besoins des appareils prothétiques.

M. Hawley considère la méthode de Bonwill comme insuffisante en orthodontie, et il expose une méthode personnelle, également géométrique pour déterminer l'arcade exacte qui

devrait exister, lorsqu'on se trouve en présence de dents irrégulières à corriger.

La méthode de Hawley contient comme premier principe la construction d'un triangle par rapport auquel est déterminé le tracé de l'arcade. Ce triangle est construit à l'aide d'une circonférence tracée selon l'arc de cercle décrit par les incisives et les canines. Le sommet du triangle est placé à l'extrémité du diamètre de ce cercle passant par l'espace interincisif ; les côtés sont tracés de ce point par des lignes tangentes au bord distant des canines.

La base est construite par une ligne tangente au bord antérieur des incisives et qui, prolongée, va couper les droites précédemment tracées selon les bords des canines.

Nous ne pouvons que signaler cet intéressant article, car toute analyse en est forcément obscure, privés comme nous le sommes des nombreuses figures géométriques qui seules permettraient d'écrire un texte intelligible.

Le mémoire de Hawley n'en possède pas moins de 29.

Hawley. (*Dental Cosmos*, mai 1905.)

G. L.

Impressions de la section d'orthodontie au 4e Congrès international.

On est frappé, dit M. Kay, de l'importance sans cesse croissante que l'on commence à accorder aux obstructions nasales dans la genèse des malformations dentaires. Il est absurde en effet de prétendre modifier un état dentaire d'origine nasale sans que le rhinologiste soit d'abord intervenu.

Il s'agit, le plus souvent, de végétations adénoïdes. L'hypertrophie des amygdales entraîne celle des groupes lymphatiques pharyngés. Elle est facteur de catarrhe tubaire, 75 fois p. o/o cause de surdité.

La respiration est entravée par la voie nasale, surtout la nuit. La respiration buccale seule possible est elle-même plus pénible la nuit par relâchement des lèvres et des joues.

La lèvre supérieure cesse d'agir sur les incives supérieures et de les maintien place.

L'ablation des végétations adénoïdes est donc de toute importance avant d'entreprendre aucun redressement.

On a tendance à considérer les enfants adénoïdiens comme des dégénérés; ils sont simplement victimes des circonstances ; ils sont susceptibles de recevoir un traitement et cela n'a rien à voir avec leur hérédité générale.

Cependant quelques auteurs considèrent qu'il existe une hérédité adénoïdienne. Quoi qu'il en soit, le dentiste consulté pour des malformations dentaires qui lui sembleront tirer leur origine d'une affection du naso-pharynx, devra d'abord envoyer son malade chez le rhinologiste avant d'appliquer aucun appareil de redressement.

M. C. Kay. (*Items of Interest*, avril 1905.)

G. L.

Des indications de l'extraction pour la correction des irrégularités dentaires.

Il n'est pas admissible que l'on puisse extraire une dent pour la simple raison qu'elle se trouve hors de l'alignement régulier d'une arcade. Les cas où cela est permis sont en très petit nombre, et, presque toujours, on peut conserver la dent et corriger l'irrégularité.

Bien souvent d'autre part, lorsque, par une extraction, on a régularisé l'articulation interdentaire, on n'a en tous cas nullement corrigé la disposition du squelette facial qui se trouve en relation étroite avec la position des dents, et surtout naturellement avec leur présence. Une extraction intempestive corrigera l'arcade dentaire, mais apportera un trouble irrémédiable dans « l'harmonie dento-faciale ».

Enfin une extraction faite pour régulariser une arcade et qui a d'abord atteint son but provoque plus tard, comme résultat final, un état de « protrusion dans l'ensemble des lignes dento-faciales ». (Protrusion of the dento-facial outlines.)

Toutefois il arrive qu'on soit obligé

de recourir à l'extraction dans certains cas. Par exemple, après l'éruption, de la seconde molaire, lorsqu'une correction dento-faciale parfaite ne peut être obtenue sans extraction parce qu'il est nécessaire de faire opérer au massif des dents, dites de bouche, un mouvement en arrière égal à la moitié ou plus de l'épaisseur d'une petite molaire, l'extraction de la première ou de la seconde biscupide est indiquée.

L'auteur résume ses conclusions en une règle générale : La question de l'extraction et de la non-extraction ne doit jamais être basée seulement sur la correction de l'arcade, mais aussi sur la possibilité d'une correction dento-faciale marchant de pair avec celle de la face d'occlusion et cela sans extraction.

Calvin S. Case. (*Dental Cosmos*, avril 1905).

G. L.

Principes et technique de la rétention en orthodontie.

Lorsqu'on a obtenu la régularisation d'une arcade dentaire, maintenir en place les dents dans leur nouvelle position est peut-être de toutes les opérations d'orthodontie la plus difficile, celle qui demande le plus de réflexion et d'ingénuité.

L'influence de l'hérédité étant très grande dans le maintien de dents redressées, M. Calvin S. Case se propose d'étudier dans ce travail :

1°) L'influence de l'hérédité ;

2°) L'influence des relations physiques qui existent entre les dents avant et après la correction ;

3°) Les principes généraux des appareils de rétention et la technique de leur construction et de leur application.

Influence de l'hérédité. — Lorsque l'irrégularité dentaire est purement héréditaire, il est parfois impossible de fixer les dents dans leur nouvelle position sans l'aide d'un appareil de rétention souvent permanent.

On observe en effet une tendance invincible au retour de l'irrégularité.

Relations physiques. — Une occlusion correcte est un grand facteur de rétention et de stabilité. Si l'occlusion est défectueuse il y a toujours tendance à la reproduction rapide de l'irrégularité.

C'est pourquoi l'extraction malheureuse d'une dent exécutée pour permettre un redressement est souvent la cause d'un retour à la position défectueuse parce qu'elle entraîne un vice irrémédiable d'occlusion.

Principes et technique de la rétention. — On doit donner la préférence aux appareils métalliques construits à l'aide de bandes d'or estampées. Il ne doit jamais exister d'espaces entre l'appareil et la surface de la dent, susceptibles de retenir les détritus alimentaires et de devenir causes de caries. On doit donc concevoir ces appareils comme des bridges fixes, et tout ce qui est en contact avec l'émail sera cimenté avec soin. On peut laisser ainsi en place des appareils pendant deux et trois mois. Tous les mois une visite est nécessaire et il n'y a rien à craindre tant que le ciment n'est pas détruit.

Cette méthode permet de n'employer que des appareils extrêmement petits et n'occasionnant aucune gêne au patient. Ne pouvant être retirés, ils agissent d'une façon efficace et continue sans être, pour cela, facteurs de carie.

On aura toujours soin de placer l'appareil de rétention dans la même journée où l'on aura procédé à l'enlèvement de l'appareil de redressement.

Calvin S. Case. (*Dental Cosmos*, juin 1905).

G. L.

PATHOLOGIE BUCCALE

Le cancer de la langue ; considérations sur son histologie pathologique et la technique opératoire de son extirpation.

M. Poirier, dans une communication à la Société de chirurgie, rapporte le résultat de ses observations depuis deux ans, en ce qui concerne le cancer de la langue. Durant cette période, il a eu l'occasion d'intervenir 21 fois pour des tumeurs de la langue, 20 fois pour des épithéliomas pavimenteux typiques, 1 fois pour un papillome chez un syphilitique. Sur les 20 épithéliomas, 5 seulement s'accompagnaient d'hyperkératose de la muqueuse : la coexistence de la leucoplasie et du cancer ne serait donc pas aussi fréquente qu'on a tendance à l'admettre généralement. Les 20 épithéliomas appartenaient : 9 au type lobulé, 2 au type tubulé, 5 au type lobo-tubulé ; les cellules néoplasiques étaient toutes du type malpighien. Tous les examens histologiques, en révélant des processus de mitose au sein des cellules cancéreuses, témoignaient de la vitalité intense de la néoplasie dans tous les cas.

Chez tous les malades, les ganglions étaient hypertrophiés ; un petit nombre seulement étaient en dégénérescence cancéreuse ; mais comme celle-ci n'est qu'une manifestation tardive de l'affection, il n'en est pas moins nécessaire de procéder à l'ablation large des ganglions cervicaux et maxillaires, qui sont infectés de bonne heure.

Relativement au manuel opératoire, M. Poirier indique une modification qu'il y a apportée, consistant à pratiquer, comme temps préliminaire de l'ablation de la langue, une laryngotomie intercrico-thyroïdienne, permettant de manœuvrer dans la cavite buccale, sans avoir le souci constant d'empêcher le sang d'obstruer le larynx et les sécrétions bronchiques de contaminer le champ opératoire. Cette laryngotomie est faite par ponction, à l'aide d'un trocart courbe monté sur une canule spéciale, qui est laissée en place pendant l'opération.

M. Poirier termine en insistant sur la nécessité d'une intervention précoce. Trop souvent, les cas qui sont adressés aux chirurgiens, sont devenus inopérables, les malades ne se décidant à l'opération qu'après l'échec de traitements divers, notamment de la radiothérapie.

(*Société de chirurgie*, 12 juillet 1905.)

H. D.

La radiothérapie dans l'épithélioma de la langue.

M. Pautrier, rapporte deux cas d'épithélioma de la langue, traités par la radiothérapie, et qui se présentaient dans des conditions particulièrement favorables au traitement. Il s'agissait, dans un cas, d'épithélioma végétant, en chou-fleur, siégeant à la face dorsale, sans induration sous-jacente, avec retentissement ganglionnaire minime ; dans l'autre, d'un petit épithélioma de la pointe, avec ganglions à peine perceptibles. Le traitement, mené aussi énergiquement que possible, a duré quatre mois. *L'échec a été complet.* Le petit épithélioma de la pointe de la langue n'a subi aucune modification ; l'épithélioma végétant, après avoir paru fondre, s'est développé de nouveau ; en outre il est apparu sur le bord gauche de la langue, près du plancher de la bouche, une nouvelle tumeur à développement rapide.

L'auteur dont les conclusions sont appuyées par M. Brocq, se trouve donc d'accord avec M. Poirier, en disant qu'il faut être très circonspect dans le traitement radiothérapique de l'épithélioma lingual.

(*Société française de dermatologie et de syphiligraphie*, 13 juillet 1905.)

H. D.

La langue scrotale.

Sous ce nom on décrit une malformation congénitale de la langue, pou-

vant affecter un caractère familial, véritable dystrophie liée à d'autres dystrophies, surtout dentaires. On lui a consacré de nombreux travaux, et diverses dénominations lui ont été données : *langue plicaturée symétrique congénitale* (Fournier [1]), *montagneuse fissurale, cérébriforme ;* c'est la *cracked tongue* des Anglais, la *Fleischzunge* ou *Faltenzunge* des Allemands.

Cette malformation ne cause pas de véritables douleurs, elle ne détermine qu'un certain degré de gêne dans la parole, un malaise pouvant aboutir à une hyperesthésie réelle. La langue présente un aspect étalé, élargi ; la muqueuse est rose grenat, dépourvue d'humidité, et souvent recouverte d'un épais enduit saburral ; les papilles sont hypertrophiées. La face dorsale est divisée en segments par des sillons profonds et entrecroisés ; le sillon médian est, en général, le plus accusé, des sillons transversaux obliques en partent de chaque côté symétriquement, l'ensemble affectant la disposition foliée. Mais cette disposition des sillons varie, et l'on peut décrire plusieurs types : la langue scrotale, à sillons entrecroisés plus ou moins régulièrement, de façon à rappeler le scrotum rétracté ; la langue foliacée ; la langue plicaturée à type cérébriforme.

Les sillons prédisposent aux inflammations aiguës de la muqueuse linguale ; souvent les bords de la langue, déchiquetés par ces sillons finissent par s'ulcérer contre une dent malade. La leucoplasie et la glossite ex-foliatrice marginée se développent facilement sur ce terrain prédisposé, pour lequel la syphilis tertiaire manifeste également une grande affinité. Le diagnostic est, d'ailleurs, à faire entre la langue scrotale et les lésions secondaires ou tertiaires de la syphilis. En l'absence de signes concluants, l'ancienneté de l'affection fera écarter l'hypothèse de la syphilis.

Les causes de cette malformation sont obscures ; on a incriminé l'arthritisme, rarement la syphilis héréditaire. Mais l'essentiel est de reconnaître la lésion, afin de ne pas imposer au malade le traitement spécifique qui pourrait déterminer une stomatite, de la glossite, des ulcérations. On se bornera à prescrire des soins hygiéniques très rigoureux, et à interdire, autant que possible, l'usage de l'alcool et du tabac.

(*Journal des Praticiens*, n° 16, 22 avril 1905.)

H. D.

1. Payenneville, *La langue plicaturée symétrique congénitale dite « langue scrotale »* (Paris, J. Rousset, 1905).

NOUVELLES

Nomination.

M. Georges Michel, diplômé de l'Ecole dentaire de Paris, vient d'être nommé chef du service odontologique à l'hôpital de Saint-Josse à Bruxelles. Le succès obtenu par notre jeune confrère doit être en partie attribué à la présentation du diplôme de l'Ecole dentaire de Paris.

Nous adressons à M. Michel nos sincères félicitations.

Mariage.

Nous apprenons le mariage de M^lle^ S. Tzanck, diplômée de l'Ecole dentaire de Paris, sœur de notre sympathique démonstrateur M. Tzanck, avec M. le D^r^ Filderman.

Nous adressons aux jeunes époux nos vœux de bonheur.

Société coopérative des Dentistes de France.

La Société coopérative des Dentistes de France a tenu son assemblée générale le 23 juin dernier au siège social. Les comptes du 2^e^ semestre 1904 ont été approuvés après lecture des rapports de la Commission des comptes et du Conseil d'administration. L'assemblée a constaté avec plaisir le développement pris par les affaires sociales, et a décidé une nouvelle répartition de bénéfices, qui sera la cinquième depuis la fondation de la Société, c'est-à-dire depuis trois ans.

Il a été procédé ensuite au renouvellement du Conseil d'administration et de la Commission des comptes.

Le Conseil a composé son bureau de la façon suivante : Président : D^r^ Maurice Roy ; vice-président : Lemerle ; trésorier : D^r^ Maire ; secrétaire général : Baelen ; trésorier-adjoint : Hugo Szwaycarsky.

Groupement fédéral des syndicats dentaires de France.

L'assemblée générale du Groupement fédéral des syndicats dentaires de France aura lieu cette année, le dimanche 8 octobre à Dijon, hôtel de la Cloche, à deux heures de l'après-midi.

Rappelons pour mémoire que l'article 13 des statuts provisoires du Groupement spécifie que l'assemblée générale est composée *de tous les membres des syndicats adhérents*.

Ceux de ces derniers qui ont donné leur approbation en principe au Groupement sont :

1° Le Syndicat des chirurgiens-dentistes de France ;
2° Le Syndicat des chirurgiens-dentistes de l'Ouest ;
3° Le Syndicat dentaire de Bordeaux ;
4° L'Association des dentistes du Sud-Est ;
5° Le Syndicat des dentistes du Dauphiné et de la Savoie.

En conséquence nous ne saurions trop engager nos confrères, membres des syndicats ci-dessus nommés, à assister à cette première assemblée générale, de laquelle sortira, nous l'espérons, une constitution saine et robuste, pour le mieux des intérêts généraux de la profession.

Un déjeuner amical précédera l'assemblée. Prière d'adresser les adhésions à M. Bonnefoy, chirurgien-dentiste, 87, avenue Ledru-Rollin, Paris. Le prix ne dépassera pas cinq francs.

Le secrétaire du Groupement fédéral,
L. Bonnefoy.

Distinction honorifique.

Nous avons le plaisir d'apprendre que notre confrère M. Staviski, démonstrateur à l'Ecole dentaire de Paris, vient de recevoir les palmes académiques pour services rendus à l'Hôpital des enfants assistés et à la préfecture de police.

Nous lui adressons nos vives félicitations.

AVIS

Pour les besoins de l'enseignement préparatoire de 1re 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.

PETITES ANNONCES

1 fois..... 3 francs | 12 fois (6 mois)..... 25 francs
6 » (3 mois)..... 15 — | 24 fois (1 an)..... 45 —

— *la case simple* —

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. — BAUDRY et C^ie^, 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.

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 90 0/0 des élèves présentés

200 FR. DU 9 NOVEMBRE A JUILLET, 2 HEURES PAR JOUR

Cours 1re 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 CROÈS**

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

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 DENTAIRES

Pour toutes *cessions* et *acquisitions* de **CABINETS DENTAIRES** s'adresser à **M. Vasseur,** 9, rue de Londres, qui a été l'intermédiaire dans les *transmissions les plus importantes* qui se sont faites depuis 1880.

Répertoire de tous les cabinets à céder mis gratuitement à la disposition des acquéreurs.

M. Vasseur est visible de 8 heures à midi. *Téléphone : 151.39.*

Cabinets offerts.

Pour cause de **surcroît de travail, CLINIQUE DENTAIRE** à **VENDRE** au *prix du matériel :* 1.000 francs ; clientèle exclusivement ouvrière et payante ; *occasion à prendre de suite.* — Conviendrait très bien à débutant. Loyer 320 francs. — S'adresser à M. Loriot, 1, rue Abel, Paris, de 10 heures à 5 heures.
(66-3)

A CÉDER dans une *importante ville de l'Est cabinet de dentiste*, existant depuis 20 ans, produit prouvé par les livres 28-30.000. — *Clientele industrielle et commerçante* — On resterait avec l'acquéreur pour le mettre au courant de la clientèle et des travaux à exécuter (bridge-work and porcelain Ynlays). — On traiterait de préférence avec docteur en médecine, même sans connaissance de l'art dentaire. — Ecrire aux initiales M. E. aux soins de M. Papot, 1, rue de la Gaudine, à Héricy (Seine-et-Marne). (67-3)

Cabinet dentaire à céder pour cause de départ pour l'étranger. - Outillage, meubles tout installés et entièrement garnis. — Grand salon avec beaux meubles. — Laboratoire avec machines, instruments et accessoires, plus trois pièces garnies. — Eau, gaz, électricité. — Bien situé, au premier étage, installé depuis quatorze ans. — Loyer 1.000 francs. — Ville de 22.000 habitants et garnison, dans l'Est de la France. — Conditions de vente : 12 000 francs, avec facilité de paiement : moitié comptant et solde l'année suivante. — Ecrire à M. Paul D., aux soins de M. Ed. Papot, à Héricy-sur-Seine (S.-et-M.). (70-2)

A céder pour *raisons de famille*, **CABINET DENTAIRE** dans grande ville *près Paris*, fondé depuis 6 ans, belle installation, loyer 900 fr., affaires 16 à 18.000 fr., on traiterait avec 12.000 francs comptant. Ecrire à G. A. V. aux soins de M. Papot, à Héricy-sur-Seine (S.-et M.).
(71-2)

Paris IX^e^ CABINET créé en 1872, rapport moyen 13.000 touchés, les 2/3 en prothèse. Loyer : 2.000 : cabinet, salon, salle à manger, atelier, 2 chambres. — Prix 12.000 dont 4.000 seulement comptant. — Breitel et Goret, 1, rue Dante, Paris-V^e^.
(77-1)

Paris XII^e^ CABINET créé en 1829, *avec petite succursale en banlieue*, rapport 34.000. — Les deux loyers réunis : 2.600. — Très bel appartement à Paris, 1^er^ étage sur rue, 8 pièces. — Prix 40.000. — Breitel et Goret, 1, rue Dante, Paris-V^e^.
(78-1)

Sud-Ouest CABINET créé en 1900, *clientèle riche, travaux de luxe*, rapport : 20.000. — Loyer 1.200, maison de 12 pièces sur place. — Prix : 20.000 dont 1/2 comptant y compris toute l'installation du cabinet et du salon. — Breitel et Goret, 1, rue Dante, V^e^.
(79-1)

Dentifrice déposé, *élixir* et *poudre*, exploités depuis 1898, sans publicité, vente actuelle : 100 flacons par mois. — Prix de vente : 2 fr. Prix de revient : 0.50, *affaire facile à exploiter* et *susceptible grande extension.* — Prix demandé : 10.000. — Breitel et Goret, 1, rue Dante, V^e^.
(80-1)

Occasion exceptionnelle. — URGENT. — A VENDRE cabinet, affaires 16.000 touchés. — *Installation perfectionnée, extension certaine.* — Conditions extrêmement avantageuses. — Frais du matériel plus 3 000 francs. — Ecrire aux initiales K. 1.000, aux soins de M. Ed. Papot, à Héricy-sur-Seine (Seine-et-Marne).
(82-1)

Pour cause de santé, **CABINET A CÉDER,** affaires 8.000 francs, *très peu de frais*, et *pas de crédit.* — Bonne affaire pour jeune diplômé. — On ferait grand sacrifice en cédant la clientèle, créée depuis 8 ans, à titre gracieux, à condition de prendre la suite du bail et l'outillage de cabinet et d'atelier. — *Grandes facilités de payement.* — Ecrire aux initiales A. P. N., aux soins de M. Ed. Papot, à Héricy-sur-Seine (S.-et-M).
(84-1)

Divers.

Le docteur A. Bézy de Sainte-Livrade (Lot-et-Garonne) s'offre comme intermédiaire pour procurer, aux lecteurs de *L'Odontologie*, à des prix exceptionnels, d'authentiques pruneaux d'Agen. Lui écrire.
(74-1).

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 DEMOISELLE, chirurgien-dentiste, diplômée des Facultés de médecine de St-Pétersbourg et de Vienne, parlant plusieurs langues, au courant de tous les travaux riches de cabinet : aurifications, émaux, etc., demande *PLACE D'OPÉRATEUR*. Dispose de tous les instruments de cabinet et laboratoire. — Ecrire aux initiales F. S., aux soins de M. Ed. Papot, à Héricy s/s (Seine-et-Marne). (50-7)

Diplômé de l'*Ecole dentaire de Paris* et de la *Faculté de médecine de Paris*, connaissant à fond tous les **travaux** de **prothèse**, cherche, pour *fin septembre*, place d'**OPERATEUR. — A été assistant** *pendant trois années*. — Excellentes références. — Ecrire aux initiales L. R., aux soins de M. Ed. Papot, à Héricy s/Seine (Seine-et-Marne). (68-3)

Mécanicien-dentiste ayant *bonnes références*, connaissant bien le métal, **cherche place à Paris ou banlieue,** 50 fr. par semaine, pour le 1er octobre et même avant. Remplacerait camarade partant au service militaire. — Ecrire Marceau-Thibault, 30, rue Dulong, Paris. (69-3)

Très capable CHIRURGIEN-DENTISTE allemand, parlant bien *français* et *anglais*, demande place comme *OPÉRATEUR*. *Bonnes références*. — Ecrire à A. B., 100, aux soins de M. Ed. Papot, à Héricy-sur-Seine (S.-et-M.). (72-2)

Elève Ecole Dentaire, ayant déjà fait **études étranger**, fait travaux cabinet et prothèse, **CHERCHE PLACE**. *Conditions très modestes*. — Ecrire à Mlle B., 26, aux soins de M. Ed. Papot, à Héricy-sur-Seine (Seine-et-Marne). (73-1)

Docteur en médecine, DENTISTE diplômé de la Faculté de Paris, demande place d'OPERATEUR. — Ecrire aux initiales F. B. 3, aux soins de M. Papot, à Héricy-sur-Seine (Seine-et-Marne). (75-1)

Diplômé de la Faculté de médecine de Paris et de *l'Ecole dentaire de Paris*, connaissant l'aurification, **demande place d'OPERATEUR** à Paris, de préférence, ou en province et étranger. — Remplacerait camarade partant pour le service militaire. — Ecrire aux initiales M. D., aux soins de M. Ed. Papot, à Héricy-sur-Seine (Seine-et-Marne). (81-1)

Emplois offerts.

Un **bon opérateur** et *de préférence* un **OPERATEUR-MECANICIEN, patenté** ou **diplômé**, est **demandé** pour grande ville du littoral méditerranéen. — Ecrire aux initiales J. C. B., aux soins de M. Ed. Papot, à Héricy-sur-Seine (Seine-et-Marne). (76-1)

On demande un *OPERATEUR chirurgien-dentiste, diplômé*, d'au moins 30 ans. — *Très belle situation*. — S'adresser 154, boulevard Magenta, à Paris. (83-1)

On offre à **Hanoï (Tonkin)** à **OPÉRATEUR DIPLOMÉ**, *bien au courant de tous travaux de cabinet*, une **excellente situation bien rétribuée**, pour un intérim d'un an. — Voyages d'aller et retour payés de Marseille à Hanoï — Probabilité *d'association ultérieure*, sans apport de fonds, au retour dans la colonie du détenteur actuel du cabinet en question. — Pour tous renseignements s'adresser à M. J. Houdié, chirurgien-dentiste, 69, rue Alsace-Lorraine, à Toulouse. (85-1)

On demande comme **AIDE** chez *dentiste américain*, un **OPÉRATEUR** *diplômé de la Faculté de médecine*, **sérieux** et **capable.** — Ecrire aux initiales S. D., aux soins de M. Ed. Papot, à Héricy-sur-Seine (Seine-et-Marne). (86-1)

BON OPÉRATEUR diplômé expérimenté, sérieux et *d'éducation parfaite*, est demandé pour représenter cabinet, dans la *grande banlieue de Paris*. — On donnerait la préférence à un docteur ou à un chirurgien-dentiste, âgé de plus de 30 ans. — Ecrire aux initiales A. P. Z., aux soins de M. Ed. Papot, à Héricy-sur-Seine (Seine-et-Marne).

25e ANNÉE. N° 18 30 SEPTEMBRE 1905 VOL. XXXIV

L'ODONTOLOGIE

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

TRAVAUX ORIGINAUX

PROCÉDÉ D'OBTURATION A L'AMALGAME PAR LA MÉTHODE ROTATIVE

Par M. BLATTER,

Professeur suppléant à l'École dentaire de Paris.

(*Communication au Congrès de Cherbourg, août* 1905.)

Je n'ai nullement la prétention de vous faire une communication sur les amalgames, en général ; je me borne à vous exposer un simple *modus faciendi* qui, depuis que je l'ai adopté, m'a donné les plus heureux résultats.

Le principal inconvénient des amalgames est certainement leur rétraction ; à cet inconvénient fondamental il faut ajouter d'abord la coloration grisâtre qu'ils communiquent aux dents, ensuite leur noircissement relativement rapide.

Il en découle que cette matière obturatrice a été très discréditée dans le monde professionnel, et cela à tel point que certains confrères américains l'ont complètement bannie de leur arsenal thérapeutique.

Cette condamnation par trop sévère doit être attribuée d'une part, au peu de soins que nombre de praticiens apportent dans la manipulation méthodique des amalgames,

d'autre part, à l'apparente mais trompeuse facilité, qui semble résulter de leur emploi.

En présence de ce procès de tendance, j'ai porté mon attention sur ce genre d'obturation, qui est le plus usité de tous en dentisterie opératoire.

A mon avis, les inconvénients imputés aux amalgames peuvent être évités en grande partie, si l'on procède avec méthode et surtout si l'on fait preuve, dans leur emploi, de la minutie que cette obturation plastique exige.

L'obturation à l'amalgame, pour offrir toutes les garanties d'un succès certain, quant à sa durée et à la conservation de l'organe restauré, nécessite une série de stades opératoires parfaitement distincts les uns des autres.

On doit toujours recourir au mode d'assèchement le plus certain et le plus constant, qui n'est complètement assuré que par la digue ; en effet, nous savons tous que le temps exigé pour la confection d'un amalgame est relativement long : d'où la nécessité absolue de se prémunir contre l'envahissement du champ opératoire par la salive et secondairement par les véhicules de l'infection. La digue répond, en tous points, aux grands principes de l'antisepsie et surtout de l'asepsie, principes essentiels dont un dentiste consciencieux ne doit jamais se départir.

A. Manipulation de l'amalgame ; moyens préventifs d'éviter le noircissement de l'obturation.

Le mercure doit être chimiquement pur et amalgamé à la poudre métallique en petite quantité. Le tout subit d'abord une trituration parfaite, au début dans un mortier en verre, à surface dépolie, ainsi que l'extrémité du pilon, ensuite on termine par la manipulation digitale dans le creux de la main. Une fois l'amalgamation homogène obtenue, on procède à plusieurs lavages de la substance plastique afin de bien la décrasser.

Le lavage comprendra :

1° La saponification au savon noir, qui donne un résultat plus complet que le savon blanc. Ce savonnage se fait énergiquement dans le creux de la main, jusqu'à ce que l'eau de savon ressorte absolument propre et qu'aucune trace de matière sale et noirâtre ne soit constatée ; enfin on lave à grande eau ;

2° Lavage au chloroforme pour débarrasser l'amalgame de tout corps gras ;

3° Lavage à l'alcool à 90° en vue de la déshydratation complète.

On exprime ensuite le mercure en excès soit à l'aide d'une forte toile de mousseline, soit à l'aide d'une peau chamois. Si l'on suit à la lettre ces recommandations, l'amalgame conservera son aspect éclatant. Il est également à considérer qu'un amalgame contenant du zinc pur et de l'or fin dans les proportions de 1 o/o chaque assure la durée de sa coloration normale et active sa prise.

B. Moyen d'éviter le noircissement de la dent par infiltration de la dentine.

Pour obvier à ce gros inconvénient, connu des patients eux-mêmes, on aura le soin de tapisser préalablement la cavité d'une feuille d'or non cohésif n° 8. Le morceau d'or est appliqué contre toutes les parois de la cavité avec un fragment d'amadou ou de fine peau de chamois.

Lorsque la cavité possède son revêtement protecteur d'or, on y introduit un petit fragment d'amalgame qu'on condense fortement. La dentine ainsi protégée ne subira aucune infiltration ultérieure et la dent conservera sa couleur.

C. Condensation de l'amalgame en couches successives par la « méthode rotative ».

La meilleure méthode pour obtenir une condensation homogène de la masse totale d'amalgame consiste dans

l'emploi d'une série de brunissoirs, mus par le tour à fraiser et remplaçant les fouloirs à main.

Nous appelons cette méthode « *méthode rotative* ».

Au cours de la rotation du brunissoir il faut exercer une pression énergique sur toute la surface de l'amalgame, en procédant du centre de la cavité à la périphérie; la matrice s'impose lorsqu'on doit construire une obturation dite de contour. L'excès de mercure qui se répand sur les bords de la cavité est retiré avec un tampon d'ouate, ou mieux encore avec une boulette d'or à aurifier.

Avant de procéder à la condensation d'une nouvelle couche de matière obturatrice, on applique sur la surface de la première couche d'amalgame une feuille d'or non cohésif n° 4 qu'on brunit par la rotation, comme nous venons de le décrire, jusqu'à ce que l'or blanchisse; il est préférable de chauffer légèrement le brunissoir qui doit servir à la condensation. La chaleur facilite beaucoup la sortie du mercure en excès. Le morceau d'or, chargé de mercure, est retiré avec les précelles.

Si l'on vient à examiner, à ce moment, l'amalgame condensé et bruni, on remarque qu'il a perdu de son aspect brillant et qu'il offre une surface lisse, homogène et absolument mate.

La cavité est comblée graduellement par couches successives et condensé au moyen du brunissoir actionné par le tour. A chaque nouvelle couche d'amalgame doit correspondre l'application de la feuille d'or également brunie, qui assure l'expression totale du mercure ; il ne faut jamais laisser ce fragment d'or imprégné de mercure entre deux couches d'amalgame.

Lorsque la cavité est entièrement remplie d'amalgame, on termine et l'on modèle l'obturation au fouloir à main et à la spatule, puis on recouvre toute la reconstitution d'une feuille d'or qu'on brunit au fouloir.

Cette condensation énergique, combinée avec l'emploi de feuilles d'or, aura pour résultat certain d'empêcher la rétraction de l'obturation.

Si la cavité est trop considérable, il est plus rationnel de réduire son volume en la comblant partiellement de ciment. En effet nous connaissons tous cette loi : le pouvoir de rétraction d'un amalgame est proportionnel à la quantité de mercure et au volume de la masse métallique.

Les bords de la cavité doivent être taillés en biseau aux dépens de la face externe, biseau qui sera soigneusement recouvert par l'amalgame. Cetre dernière disposition constitue un obstacle mécanique très puissant au retrait ultérieur de l'obturation.

Quant au polissage, le praticien devra y apporter exactement le même soin que s'il avait à polir une aurification.

Telles sont les indications résumées qu'un peu de pratique en cette matière me permet de vous donner. Je m'estimerai heureux si elles sont pour vous de quelque profit.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DU TRAITEMENT DE LA CARIE DU 4e DEGRÉ

Par Th. Hugot, D. E. D. P., D. F. M. P.

(Communication au Congrès de Cherbourg, août 1905.)

Si notre rôle social nous impose l'obligation de combattre la douleur lorsqu'elle nous est révélée et plus encore de la prévenir par des conseils et des soins éclairés, il nous impose, par suite, celle de travailler à l'étendue de nos connaissances techniques, dont l'application peut nous donner, n'en doutons pas, le moyen d'assurer infailliblement la conservation de tous les organes placés sous notre tutelle.

Parmi ces organes, il en est de conservation facile, car l'état actuel de notre science permet de suppléer à la perte d'une partie de leurs tissus ; mais pour d'autres le traitement conservateur est plus compliqué, en raison de lésions souvent trop profondes s'étendant parfois au delà de l'organe lui-même. Tel est le cas de la carie du 4e degré.

C'est d'elle que je veux vous entretenir, car, malgré des recherches aussi multiples que variées, on n'est pas arrivé, à l'heure actuelle, à un résultat exempt d'aléas. Cependant, l'expérimentation de tous les agents que la thérapeutique met à notre disposition n'est plus à faire : depuis l'iodoforme, le charbon, le chloroforme, l'acide sulfurique, l'eau oxygénée, l'électrolyse, les sondes galvano-caustiques, jusqu'aux essences de toutes sortes, de cannelle, de girofle, de romarin, dont le pouvoir antiseptique est, comme l'a démontré Micquel dans ses études sur la question, égal à celui du sublimé.

Je ne vais donc pas aujourd'hui vous révéler l'existence d'un agent curatif nouveau, mais seulement apporter, dans la mesure de mes moyens, ma petite contribution aux travaux poursuivis dans cette voie.

Sans refaire ici l'étiologie de la carie du 4e degré qui est suffisamment connue de tous les praticiens, je dirai tout de suite comment j'en comprends le traitement, qui peut et doit être, selon moi, divisé en deux parties :

1° Antisepsie mécanique ;

2° Antisepsie chimique, l'efficacité de cette dernière devant être d'autant plus grande que le traitement mécanique aura été plus jucicieusement appliqué.

Examinons donc successivement chacune de ces deux parties.

Antisepsie mécanique. — Elle comprend la préparation de la cavité au moyen des fraises ordinaires et des fraises de Gates, en ayant bien soin de retirer fréquemment ces dernières, afin d'enlever des canaux toute la dentine ramollie, pour qu'il n'en pénètre point du côté de l'apex. Chaque fois qu'on retire la fraise, il est nécessaire de faire un lavage, pour lequel on peut employer une solution antiseptique quelconque, chaude de préférence. Il demeure entendu que, dès la première séance, l'antisepsie mécanique doit être totalement terminée, c'est-à-dire que toute la dentine molle aura été enlevée des cavités coronaires et radiculaires.

J'attache une importance très grande à cette première phase opératoire, d'où découle, à mes yeux, par la façon dont elle est conduite, la réussite du traitement. Il n'est point rare de constater, en effet, dès le lendemain même de la séance d'antisepsie mécanique, les premiers symptômes d'accidents périostiques, lesquels, s'ils évoluent jusqu'à la période finale qu'est la phlegmasie, peuvent compromettre le résultat poursuivi.

Antisepsie chimique. — Après en avoir terminé avec l'antisepsie mécanique, je laisse s'écouler entre celle-ci et son adjuvante, l'antisepsie chimique, un laps de temps variant de deux à trois jours et qu'on pourrait appeler « période d'observation périostique », pendant lequel le patient doit, après chaque repas, enlever la boulette de coton placée dans la cavité pour empêcher la pénétration des aliments, donner une injection chaude d'une solution antiseptique,

faire une application gingivale de teinture d'iode et remettre une nouvelle boulette de coton.

A la première séance d'antisepsie chimique, je nettoie les cavités coronaires et radiculaires, ces dernières surtout, au moyen de mèches de coton hydrophile imbibées de chloroforme, ensuite je donne de l'air chaud en assez grande quantité et fais, dans la cavité coronaire seulement, un pansement peu serré de la mixture indiquée plus loin que j'isole par une boulette de coton imprégnée de teinture résineuse. C'est encore, si l'on veut, un pansement d'observation périostique suivant le terme employé plus haut, car il est facile, pour le malade, d'enlever ce pansement à la moindre sensation douloureuse, et de remettre une simple boulette de coton après avoir procédé au lavage ci-dessus indiqué.

Au second pansement, deux jours après, je procède de la même façon au nettoyage des cavités par l'emploi de mèches imbibées de chloroforme; puis, la cavité nettoyée et séchée par l'air chaud, j'introduis dans les canaux des mèches de coton au moyen de sondes d'exploration spéciales. Ces mèches sont imbibées d'iodoformol et trempées ensuite dans une pâte composée d'iodoforme, de tannin, d'oxyde de zinc et d'essence de romarin. Je renouvelle ces pansements à intervalles de deux jours.

Dans la carie du 4e degré simple, un seul pansement peut suffire, à la condition de le laisser au moins quatre ou cinq jours. Si l'état de décomposition de la dentine est plus avancé, il est nécessaire de faire deux ou trois pansements. Dans le cas d'accidents périostiques, c'est-à-dire dans le traitement du 4e degré avec complications, je fais généralement cinq ou six pansements.

Lorsqu'il y a fistule et que celle-ci est réfractaire à l'action antiseptique de ces six pansements, je donne une injection intra-alvéolaire de la mixture suivante :

Teinture d'iode médicinale.....	50 centigr.
Iodure de potassium.....	20 id.
Eau stérilisée.....	Q. S. pour 1 centim. C.

L'iode est, en la circonstance, l'agent antiseptique par

excellence et il suffit de le porter dans les tissus en solution convenable. C'est pour obtenir une solution de ce genre que j'y ajoute de l'iodure de potassium qui empêche la formation d'un précipité.

Cette solution est hypertonique, c'est-à-dire d'une densité supérieure à celle du sérum sanguin, ce qui favorise la dialyse ; l'absorption se fait alors très rapidement.

Voici comment je procède: lorsqu'il est possible de le faire, je perfore l'apex à la fraise de Gates et, après avoir isolé la dent et séché fortement la cavité préalablement nettoyée au chloroforme, j'introduis jusqu'à l'extrémité de l'apex une sonde stérilisée, ensuite je place dans le canal, si c'est une dent mono-radiculaire, l'aiguille très fine d'une seringue de Pravaz remplie de la mixture sus-indiquée, j'obture la cavité à la gutta-percha et j'injecte environ 25 à 30 centigrammes.

Cette opération est assez douloureuse et donne, en général, de l'œdème qui ne dure guère plus de vingt-quatre heures, mais elle a toujours raison de la fistule ; du moins en a-t-il été toujours ainsi dans les cas où j'ai eu à l'appliquer.

*
* *

L'antisepsie mécanique et l'antisepsie chimique, constituant le traitement proprement dit, étant ainsi exposées, il ne reste plus qu'à dire quelques mots de l'obturation qui restituera à la dent la forme et la résistance nécessaires à l'accomplissement de sa fonction.

Voici le processus de l'opération telle que je la pratique.

a) Obturation des canaux avec cette même pâte d'iodoforme, oxyde de zinc et tannin, mais préparée cette fois avec de l'essence de girofle, l'essence de romarin laissée à demeure donnant de la périostite que j'attribue à une causticité plus grande, puisque toutes les essences sont caustiques à des degrés divers.

Il est bien entendu qu'on ne doit jamais laisser sous l'obturation un seul atome de coton hydrophile qui, étant de

la cellulose pure, se décomposerait très rapidement, malgré la présence de médicaments antiseptiques. Dans certains cas, c'est-à-dire lorsqu'il y a eu des complications périostiques, afin de porter aussi loin que possible l'action antiseptique de cette pâte, j'emploie des mèches d'amiante préalablement flambées.

b) Nettoyage de la cavité avec des boulettes de coton fixées sur des rugines et imbibées de chloroforme, puis application d'une pellicule de gutta. Ce procédé de nettoyage au chloroforme a pour avantage d'enlever l'excès de pâte qui pourrait recouvrir les bords de la cavité, ce qui empêcherait l'adhérence de la pellicule de gutta.

c) Obturation au moyen d'une matière quelconque, ciment, amalgame, or ou émail. J'ajouterai toutefois que, si l'or est choisi comme matière obturatrice, il est préférable de recouvrir la gutta d'une couche de ciment.

Les médicaments que j'emploie pour le traitement de la carie du 4e degré sont de composition fort simple. Celui qui est dénommé « iodoformol » est composé de teinture d'iode et de formol, à parties égales.

Ces deux médicaments, employés séparément, ont un pouvoir antiseptique très puissant et ils ne sont pas incompatibles. On ne pourrait en dire autant des essences dont je parlais tout à l'heure, qui, elles, sont absolument incompatibles avec l'iode, les mélanges auxquels elles donnent lieu déterminant toujours un échauffement considérable du liquide, voire parfois des explosions (térébenthine et iode).

La poudre pour pâte iodoformée, que j'ai toujours préparée d'avance, est composée comme suit :

Tannin à l'éther	10 gr.
Oxyde de zinc	20 gr.
Iodoforme	25 gr.

Je n'ai donc qu'à l'incorporer au moment du besoin, soit à l'essence de romarin, soit à l'essence de girofle.

La teinture résineuse est composée de la façon suivante : teinture de gomme laque médicinale au 1/5 réduite au bain-marie jusqu'à consistance sirupeuse.

Par ce procédé, que j'emploie depuis quatre années à peu près et dont j'ai noté 594 applications, je n'ai eu que de rares insuccès dans le traitement de la carie du 4e degré. Comme je modifiais sensiblement mon procédé d'antisepsie mécanique en même temps que je faisais choix d'un nouvel agent chimique, c'est à l'action combinée de ces deux facteurs, inséparables à mon avis, que je dois les résultats obtenus.

Les observations que je soumets à votre appréciation portent sur 979 cas, dont 594 traités par le procédé ci-dessus indiqué et le reste, soit 385 cas, par les différents procédés que j'employais antérieurement à juin 1901. (V. tableau p. 262-263.)

HAUT

DROITE

	1 C	1 L	Can.	1re p.	2e p.	1re g.	2e g.	Sag.	Total	Extr.
1896	1	1	1	2	»	1	»	»	6	»
1897	3	»	1	2	2	»	»	1	9	»
1898	3	7	5	3	3	4	4	»	29	1
1899	3	5	3	6	5	5	2	»	29	3
1900	4	7	6	7	3	6	1	2	36	3
1901	3	4	4	3	2	4	2	»	22	2
	17	24	20	23	15	20	9	3	**131**	**9**
1901	4	4	4	2	2	5	2	»	23	1
1902	4	8	11	11	5	6	2	1	48	»
								1 m. de lait		
1903	5	5	7	9	9	4	1	»	40	1
1904	5	7	4	9	8	7	2	1	43	1
1905	2	4	7	8	5	4	»	1	31	»
	20	28	33	39	29	26	7	3	**185**	**3**
1896	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
1897	»	»	»	»	»	»	2	»	2	»
1898	»	1	»	1	»	»	»	»	2	1
1899	»	1	»	1	»	»	»	»	2	1
1900	1	»	2	»	1	»	»	»	4	»
1901	»	0	1	»	1	»	»	»	2	»
	1	2	3	2	2	»	2	»	**12**	**2**
1901	1	»	»	»	»	1	»	»	2	»
1902	1	1	»	»	»	»	»	»	2	»
1903	»	3	»	1	2	1	»	»	7	»
1904	1	2	1	3	»	2	2	»	11	»
1905	»	1	1	1	»	1	2	»	6	1
	3	7	2	5	2	5	4	»	**28**	**1**

GAUCHE

	1 C	1 L	Can.	1re p.	2e p.	1re g.	2e g.	Sag.	Total	Extr.
1896	1	2	2	»	2	2	2	»	11	
1897	1	2	3	4	2	»	»	»	12	
1898	1	6	1	2	3	2	»	»	17	
1899	3	5	2	5	6	1	»	1	23	
1900	2	7	14	8	6	6	3	»	46	
1901	3	6	4	4	3	2	2	1	25	
	11	28	26	23	22	13	9	2	**134**	
1901	3	7	4	6	3	2	2	1	28	
1902	5	8	6	6	9	6	»	2	42	
1903	4	10	1	5	7	5	2	»	34	
1904	8	5	7	4	8	4	3	1	40	
1905	5	8	5	3	1	5	4	3	34	
	25	38	23	24	28	22	11	7	**178**	
1896	1	»	»	1	»	»	»	»	2	
1897	1	»	»	»	»	»	»	»	1	
1898	1	»	»	»	»	1	»	»	2	
1899	1	1	1	1	»	»	»	»	4	
1900	1	»	1	»	»	»	»	»	2	
1901	1	»	»	»	»	1	»	»	2	
	5	1	2	2	»	1	1	»	**12**	
1901	»	1	»	»	1	»	»	»	2	
1902	»	2	»	»	»	3	»	»	5	
1903	1	1	»	»	»	2	»	»	4	
1904	1	1	1	1	»	»	»	»	4	
1905	1	1	1	1	2	»	»	»	6	
	2	5	2	2	3	5	»	»	**19**	

BAS

DROITE

	1 C	1 L	Can.	1re p.	2e p.	1re g.	2e g.	Sag.	Total	Extr.
	»	»	»	1	1	1	»	»	3	»
	»	»	»	0	1	1	»	»	3	»
	»	1	»	»	1	3	2	»	6	»
	»	1	»	1	3	6	»	1	12	»
	1	»	2	2	2	6	2	»	15	1
	1	»	»	»	1	2	1	1	6	1
	2	2	2	4	9	19	5	2	**45**	**2**
	1	1	»	1	2	1	1	»	6	»
	1	»	»	1	2	10	3	1	25	2
	»	»	»	3	8	4	2	2	21	»
								1 de lait.		
	»	»	2	5	»	4	4	1	16	»
	»	»	4	3	2	2	»	»	11	»
	2	»	3	20	15	21	14	4	**79**	**2**
	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
	»	»	»	2	1	1	»	»	4	»
	»	»	»	2	1	1	»	»	4	»
	»	»	»	»	1	»	»	»	1	»
	»	»	»	1	1	1	1	»	5	»
	»	»	»	1	1	1	2	»	5	»
	»	»	»	1	1	1	»	»	3	»
	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
	»	»	2	2	1	3	3	»	**11**	»

GAUCHE

	1 C	1 L	Can.	1re p.	2e p.	1re g.	2e g.	Sag.	Total.	Extr.
	»	»	»	3	»	»	1	»	4	»
	»	»	2	2	»	2	1	»	7	»
	»	»	1	1	1	2	3	»	8	1
	»	»	»	3	1	»	»	1	5	»
	»	»	»	1	3	4	3	2	13	1
	1	»	1	1	1	2	1	»	7	1
	1	»	4	11	6	10	9	3	**44**	**3**
	1	»	1	2	1	2	1	»	8	»
	»	»	1	2	1	8	2	»	14	1
	»	»	»	1	5	12	13	1	32	1
								1 de lait.		
	»	»	4	4	1	3	1	1	15	»
	»	»	1	1	1	2	3	2	12	1
	1	2	7	11	9	27	20	4	**81**	**3**
	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
	»	»	»	»	»	»	»	1	1	»
	»	»	»	»	»	»	1	»	1	1
	»	»	»	»	»	1	»	»	1	»
	»	»	»	1	»	1	»	1	3	1
	»	»	»	1	1	2	1	»	5	1
	»	»	»	1	1	»	1	»	3	»
	»	»	»	»	»	1	1	»	2	»
	»	»	»	»	»	1	»	»	1	»
	»	»	»	1	2	4	3	4	14	1

Le tableau précédent se résume ainsi :

Cas traités avant le milieu de 1901.

4e degré simple.

Haut.	Droite...	131	dont	9	extractions ultérieures.
	Gauche..	134	dont	4	id.
Bas.	Droite...	45	dont	2	id.
	Gauche..	44	dont	3	id.
	Total....	354	dont	18	id.

Soit une proportion de 5 o/o d'insuccès.

4e degré avec complications.

Haut.	Droite...	12	dont	5 extractions ultérieures.
	Gauche..	12		
Bas.	Droite...	4		
	Gauche..	3		
	Total....	31		

Soit une proportion de 16 o/o d'insuccès.

Cas traités depuis le milieu de 1901 par ma méthode actuelle.

4e degré simple.

Haut.	Droite...	185	dont	3	extractions ultérieures.
	Gauche..	178	dont	4	id.
Bas.	Droite...	79	dont	2	id.
	Gauche..	81	dont	3	id.
	Total....	523	dont	12	id.

Soit une proportion de moins de 2,5 d'insuccès.

4e degré avec complications.

Haut.	Droite...	28	dont	2 extractions ultérieures.
	Gauche..	19		
Bas.	Droite...	11		
	Gauche..	14		
	Total....	72		

Soit une proportion de moins de 3 o/o d'insuccès.

La comparaison des chiffres de ce tableau fait donc ressortir une amélioration considérable dans les résultats obtenus, surtout en ce qui concerne le traitement du 4e degré avec complications. Cette amélioration paraîtra plus sensible encore, lorsque j'aurai dit que je traite actuellement *tous* les cas de 4e degré que je rencontre, alors que je ne l'osais pas toujours auparavant.

Quant aux causes qui ont entraîné l'extraction subséquente au traitement, dans un délai qui varie d'un à cinq ans, les voici telles que je les ai notées au fur et à mesure :

Dents trop minces avant le traitement ou devenues telles par suite d'obturations successives et s'étant fendues longitudinalement ou cassées sous la gencive	15
Dents dont le traitement a été incomplet par suite de malformation des canaux et ayant donné lieu à fluxion, abcès, etc.	9
Dents atteintes de pyorrhée alvéolo-dentaire (extraites en même temps que d'autres atteintes de la même affection)	4
Dents dont le traitement a été fréquemment interrompu	8
Dents dont le bord alvéolaire était atteint de nécrose avant le traitement	1
Total	37

Bien que je sois d'avis qu'une statistique, pour avoir une valeur moyenne convenable, doive être basée sur la moyenne des observations de plusieurs praticiens, ces résultats, tels qu'ils sont, m'ont paru intéressants à signaler, en même temps que le procédé opératoire très simple, qui me permet de les atteindre d'une manière passablement satisfaisante.

LES ACCIDENTS DITS DE DENTITION

Étude critique de la communication de M. Frey sur « Les accidents d'éruption dentaire et le terrain » [1].

Par M. Maurice Roy.

Professeur à l'Ecole dentaire de Paris,
Dentiste des hôpitaux.

(Communication au Congrès de Cherbourg, août 1905.)

M. Frey reprend, en se plaçant à un point de vue un peu différent, la théorie hippocratique des accidents de dentition, tout en essayant de la concilier avec la théorie adverse, défendue avec tant d'énergie par Magitot et nombre d'auteurs. Il a présenté sa théorie avec un talent et une clarté auxquels je suis heureux de rendre hommage ; nous y sommes habitués du reste par ces exposés lumineux qu'il nous a présentés à maintes reprises, sur la pathologie générale de la bouche. Mais, convaincu de l'inexistence des accidents généraux dits de dentition en tant que relation entre la dentition et la pathologie de la première enfance, je tiens à exposer quelques-uns des arguments à opposer aux idées qui viennent d'être émises par mon excellent ami Frey.

Bien que présentée sous une forme nouvelle, sa théorie me paraît, comme l'ancienne théorie hippocratique, mais à un moindre degré toutefois, capable d'exercer une influence fâcheuse sur l'esprit des cliniciens dans l'interprétation des manifestations pathologiques de l'enfance. Ce sont ces raisons qui me font prier M. Frey de m'excuser si j'attaque ses théories avec quelque vivacité.

Je n'ai pas la prétention d'apporter des arguments absolument neufs, car il en a été fourni une telle quantité par les adversaires des accidents de dentition que la tâche serait difficile. Ce que je veux surtout montrer, c'est que, à mon avis, la théorie mixte exposée par M. Frey, pas plus que la doctrine hippocratique, ne résiste aux anciens arguments présentés

1. V. *Odontologie*, 15 août 1905, p. 103

contre cette dernière et que par conséquent ces arguments se retrouvent entiers, avant comme après son travail.

Cependant, avant de faire la critique des points sur lesquels je diffère avec l'auteur, je dois indiquer ceux sur lesquels je suis pleinement d'accord avec lui, c'est en ce qui concerne l'*influence du terrain sur l'éruption*. Là, pas de discussion possible, les faits sont évidents. Je vais même beaucoup plus loin que M. Frey, en ce qui concerne l'influence du terrain sur les accidents de la dent de sagesse, ainsi que je le dirai tout à l'heure. Si nous sommes d'accord sur ce premier point, c'est que, dans ces faits, tout concorde, le raisonnement aussi bien que l'observation clinique. En effet, un trouble de la santé générale peut apporter dans l'organisme une modification à un processus physiologique se produisant du côté des dents et, en dehors des troubles de l'éruption étudiés par M. Frey, nous en avons un exemple typique dans la production de l'érosion, qui est un trouble apporté à la calcification, processus physiologique, par un processus pathologique général.

Mais ce que M. Frey veut établir à nouveau, c'est l'influence de l'éruption et même de la formation des dents sur la pathologie générale. Sur ce second point je diffère totalement d'avis ; je pense que la théorie qu'il a exposée, pas plus que les théories analogues précédemment émises, n'est d'accord avec le raisonnement et avec une observation clinique rigoureuse.

C'est ainsi que, voulant établir le passage entre l'influence du terrain sur l'éruption et l'influence de l'éruption sur le terrain, M. Frey dit que « toute dent, qui ne sort pas à son *époque* normale et dans son *ordre* normal, trouble l'équilibre biologique du milieu buccal, produit sur ce milieu l'action d'un agent traumatique. Le polymicrobisme buccal de saprophyte devient pathogène et nous assistons à des manifestations d'infection, tantôt purement locales (gencives, joues, etc.), tantôt générales (poumon, intestin, etc.) » ; cela revient à dire qu'un enfant qui perce une dent à douze mois au lieu de sept va faire des accidents de dentition, de même que celui qui commence par percer une incisive

supérieure au lieu d'une incisive inférieure, parce que cela trouble l'équilibre biologique.

Ces faits ne me paraissent rien moins que fondés : la date et l'ordre d'éruption sont des choses extrêmement variables, même en dehors de toute manifestation pathologique ; il en est de même pour la production de nombre d'autres phénomènes physiologiques (puberté, éruption des dents permanentes, etc.) De plus, en admettant même la réalité des faits cités par M. Frey, comment explique-t-il la production spontanée, par le seul fait de ce trouble chronologique, d'accidents d'infection générale intéressant le poumon ou l'intestin, puisqu'il dit que l'on peut observer, à la suite d'une éruption retardée, des infections tantôt locales tantôt générales? D'après son exposé lui-même, puisque la dent agit comme agent traumatique, il ne pourrait être observé que des accidents généraux consécutifs à des accidents locaux d'infection gingivale, et dans ce cas personne n'a jamais nié la possibilité d'extension d'une infection d'origine buccale. D'autant que, dans la circonstance, cette infection ne peut s'observer qu'après la sortie de la dent à l'extérieur, ce qui, pour tous les auteurs admettant les théories hippocratiques, marque justement la fin des accidents généraux, puisqu'ils conseillent l'incision de la gencive dans le but d'arrêter ceux-ci.

Donc, même si l'on admet dans leur intégralité les faits signalés par M. Frey, il faudrait dire que l'enfant qui présente un trouble dans la chronologie ou l'ordre d'éruption, présentera des accidents d'infection locale *puis* générale par propagation, et non des accidents d'infection locaux *ou* généraux d'emblée.

Examinant l'*influence de l'éruption sur le terrain*, M. Frey cite, avec l'impartialité qui caractérise son travail, les arguments des adversaires de cette influence et notamment cette phrase de Magitot qui résume toute la pensée de celui-ci : « L'enfant nouveau-né fait ses dents comme il fait ses autres organes, ses glandes, ses muscles, etc., et il y aurait autant de raison pour attribuer à ces formations diverses les phénomènes morbides qu'on rattache empiriquement à la dentition. »

Mais, dit M. Frey, Magitot a oublié « l'état d'équilibre instable de l'organisme de l'enfant, qui doit, dans un temps relativement très court, suffire à un travail énorme pour arriver à s'alimenter normalement. De la naissance jusqu'à l'âge de trente mois environ où il a terminé l'éruption de ses vingt dents de lait, il lui faut en faire la calcification et l'éruption et préparer la calcification des dents permanentes, et cela tout en développant et son squelette et tout le reste de son organisme, glandes, etc. »!

Mais, lui répondrais-je, qu'est-ce que le travail nécessaire pour la formation des dents, comparé à celui qui est nécessaire pour le développement de tous les autres points de l'organisme, pour la formation du squelette et cet accroissement considérable de la taille de l'enfant dans les premiers mois de la vie, pour la transformation de toutes les autres parties du tube digestif de l'enfant?

Lorsqu'il vient au monde, l'enfant n'est apte à digérer que le colostrum, c'est-à-dire un liquide très voisin de l'eau ; dans cette période de trente mois justement, il doit transformer tout son tube digestif pour le rendre apte à l'alimentation omnivore de l'homme. Sans doute pour cela il lui faudra percer des dents qui lui serviront à broyer ses aliments, mais il lui faut aussi, encore bien plus essentiellement, former les organes glandulaires multiples nécessaires à l'assimilation de ces aliments. Tous ces organes se développent parallèlement d'un bout à l'autre du tube digestif; l'éruption de chaque groupe de dents n'est, sans doute, que le signe extérieur visible des transformations qui s'accomplissent en même temps dans toute l'étendue du tube digestif, de même que l'apparition de la menstruation est l'indice des transformations subies par les organes génitaux de la femme au moment de la puberté. C'est pour ces raisons que selon moi l'évolution des dents doit, bien plus que l'âge, servir de guide dans tout changement de l'alimentation de l'enfant et particulièrement dans le sevrage, puisque cette évolution dentaire est vraisemblablement l'indice de l'état de développement parallèle des autres parties du tube digestif.

Si un trouble de la santé générale de l'enfant se produit au cours de cette période de transformation, pourquoi vouloir le rattacher au développement des dents plutôt qu'à celui de l'estomac, de l'intestin ou d'une des annexes, organes bien autrement importants dans le développement général de l'enfant ?

Établir ce rapprochement sur une simple coïncidence, même si elle était démontrée, me paraît être le résultat d'une observation non approfondie des faits en négligeant l'étude de tous les facteurs du problème ; car, allant jusqu'au bout dans cette voie, pourquoi aussi ne pas incriminer les cheveux, qui subissent une chute, puis une poussée si rapide dans la première enfance, pour expliquer les accidents dits de dentition ? Cela me paraîtrait tout aussi logique que d'invoquer les dents dans le même but.

Tout au plus peut-on penser que la poussée d'un groupe de dents traduit une poussée de croissance de tout l'organisme, et du tube digestif en particulier, et que cet organisme, à ce moment, *sans que les dents en particulier y soient absolument pour rien*, est dans un état de moindre résistance par suite de la suractivité de développement de tous les organes. Est-ce que cela ne suffit pas amplement à expliquer ces variations de poids qu'indique M. Frey chez les enfants en les rapportant aux dents ? Il en est de cela comme des accidents de la croissance dans la seconde enfance, ainsi qu'a cherché à l'établir Springer. M. Frey accepte bien, en partie, cette théorie de Springer, qu'il cite du reste, mais, dit-il, « il suffira de la moindre épine dentaire » pour troubler dans ses fonctions essentielles l'organisme de l'enfant en plein développement.

Pourquoi tient-il absolument à ce qu'une *épine dentaire* joue un rôle si prépondérant, pourquoi pas aussi une épine capillaire ? C'est vouloir donner aux dents dans le développement physiologique de l'organisme une importance exagérée, puisqu'il y a, exactement en même temps que les dents, des organes autrement essentiels en voie de développement ; pourquoi donc incriminer les dents de préférence à ceux-ci ? Si les dents ont été si fréquemment mises en cause

par les cliniciens, après les parents, c'est parce que seules elles s'offrent à la vue et qu'il est très facile pour le repos de l'esprit de l'observateur de rapporter à ce phénomène apparent des troubles dont l'origine paraît un peu trop complexe à dégager. Une simple coïncidence ne saurait constituer à elle seule un faisceau de preuves ; en clinique comme en bien d'autres choses on ne saurait trop insister sur ce point.

Le petit graphique du parallélogramme que présente M. Frey est certes très séduisant ; il répond à un besoin de synthèse très agréable pour l'esprit ; mais, après les raisons que j'ai exposées, je n'ai pas besoin de dire que je ne saurais l'accepter comme juste. Si les accidents dits de dentition existaient dans la première enfance ils existeraient encore bien plus dans la seconde enfance (2e période de M. Frey), période pendant laquelle, si, comme il le dit, l'enfant a un organisme mieux équilibré en tant que développement, il doit, par contre, satisfaire non plus seulement à l'éruption de ses dents permanentes, mais encore à la résorption de ses dents temporaires. Pourquoi ne fait-il pas aussi, à ce moment, des accidents intestinaux et pulmonaires en relation avec ce travail physiologique ?

En ce qui concerne les accidents de l'éruption de la dent de sagesse, M. Frey fait intervenir surtout le terrain, disant avec raison, par exemple, qu'un adénoïdien au maxillaire déformé fera plus facilement des accidents de dent de sagesse ; mais il tient, là encore, à réserver une petite part à l'influence de l'éruption sur le terrain. Il dit, notamment, que l'état général peut être troublé, non primitivement, mais secondairement, par les phénomènes infectieux dont cette dent pourra être le point de départ (angine de Ludwig) ou par des troubles trophiques qu'elle pourra provoquer (pelade, érythème).

Mais, là encore, l'éruption en elle-même n'apporte *aucun trouble* dans l'économie générale *si le terrain est normal*. Sans cela, *pourquoi les accidents de la dent de sagesse s'observent-ils toujours avec les dents de sagesse inférieures et jamais* (en tant qu'accidents retentissant sur

l'état général) *avec les dents de sagesse supérieures ?* Le travail physiologique de l'éruption des dents supérieures est le même que celui de l'éruption des dents inférieures ; il devrait donc, au même titre que celui-ci, donner naissance aux mêmes phénomènes pathologiques.

Tout se résume, en réalité, à ces conditions de terrain. La dent de sagesse ne détermine pas d'accidents, tant qu'elle n'a pas percé la gencive. Lorsque cette gencive est percée, on n'observera d'accidents qu'autant qu'il y aura de l'infection buccale préalable et ces accidents locaux ne donneront lieu à des accidents généraux *par propagation* que si l'organisme est affaibli, moins résistant, ou se trouve en présence d'agents infectieux particulièrement virulents. C'est pour ces raisons que les accidents de dent de sagesse ne se rencontrent que dans les bouches dont l'hygiène est défectueuse et chez les sujets à résistance organique temporairement diminuée par une infection gastro-intestinale préalable, par du surmenage physique ou cérébral tel qu'on l'observe souvent chez les jeunes gens se préparant à des examens, etc., etc.

En somme il n'y a, là encore, qu'une influence du terrain sur l'éruption, point sur lequel, je l'ai dit au début, je suis tout à fait d'accord avec M. Frey. Mais *pas plus pour l'éruption de la dent de sagesse que pour l'éruption d'aucun autre groupe de dents, il n'y a lieu d'établir, à mon avis, une influence de l'éruption des dents sur le terrain général de l'organisme.* C'est là le point sur lequel j'ai tenu à insister avec toute mon énergie, car je suis convaincu que la conception fausse des médecins sur ce sujet a été et est souvent encore la cause d'erreurs pathologiques des plus funestes pour les enfants qui en sont l'objet ; c'est pourquoi j'ai tenu à présenter cet exposé critique au sujet du travail de M. Frey, qui me paraît donner un appui fâcheux à la doctrine qui admet l'existence *d'accidents généraux de dentition*, alors que ces accidents n'ont jamais mérité ce qualificatif à aucun titre.

LES BRIDGES A BARRES

Par H. Masson, D. D. S.
Chef de clinique à l'École dentaire de Paris.

Un des facteurs primordiaux, dans l'étude du bridge, envisagé spécialement au point de vue mécanique, est assurément celui des points d'appui : moyens de soutiens ou arches du pont. Si le plus souvent ce genre de travail est défectueux en sa construction même, soit par suite d'une insuffisante préparation mécanique des dents ou racines sur lesquelles il repose, soit par des vices, des fautes dans sa partie intermédiaire, il arrive fréquemment aussi qu'il ne répond pas à ce qu'on attendait de lui, parce qu'on a violé les principes les plus élémentaires de la mécanique et que le praticien n'a pas satisfait aux lois inéluctables de l'application des forces.

Bridge signifiant pont, tout appareil de ce genre doit donc avoir un double point d'appui. L'erreur commise très fréquemment de faire supporter à une seule dent ou racine, quel que soit d'ailleurs le moyen d'attache (couronne ou dent à bague) une dent voisine, même lorsque celle-ci n'est pas pourvue d'une face d'articulation connue sous le nom de cuspide, est une faute capitale. La force qui s'exerce constamment sur l'extrémité de ce levier ébranle rapidement l'organe qui sert de soutien ; la périodontite en est le premier résultat ; l'élimination de l'organe, quelle que soit d'ailleurs sa puissance d'attache ligamentaire, en est à plus ou moins longue échéance la conséquence fatale. Les choses se passent plus rapidement encore si (et le cas est moins que rare), on a fait supporter à la dent deux masques en porcelaine et parfois plus.

Ce genre de bridge condamné, le problème du second point d'attache dans les ponts de petite portée prend une importance d'autant plus grande qu'il est souvent difficile à concevoir. Or voici un des cas cliniques qui se présentent souvent à nous ; la couronne de la deuxième grosse molaire

est détruite ou partiellement ravagée par la carie, la première grosse molaire a été longtemps auparavant extraite, pour une raison ou pour une autre ; la seconde petite molaire a quelquefois même subi le même sort.

La molaire de douze ans couronnée nous fournira un point d'appui postérieur idéal ; nous aurons donc à faire supporter à l'une ou l'autre des petites molaires notre point de résistance antérieur. Il arrive bien rarement que les faces triturantes de ces dents n'aient pas quelque défaut de calcification à l'union de leurs tubercules ; aussi n'est-il presque jamais contre-indiqué d'ouvrir largement ces sillons, de tailler selon les principes classiques de la préparation des cavités, les lois d'extension de Black, une cavité en forme de queue-d'aronde sur cette face triturante, qui nous permettra l'insertion d'une barre de platine, métal éminemment rigide, sertie dans une aurification, obturation idéale. Nous aurons d'ailleurs à revenir sur les détails de construction et d'application de ces barrettes.

Le cas décrit n'étant qu'une sorte de schéma, les conditions restent sensiblement les mêmes, alors que les arches de notre pont peuvent être différentes et que, par exemple, une racine de première petite molaire nous donnera par une dent de Richmond notre point d'appui premier et que notre barre viendra se loger dans une cavité trituro-mésiale d'une première grosse molaire.

Cette conception un peu particulière du travail à pont n'est évidemment applicable qu'à des appareils d'étendue restreinte. La partie plus ou moins grande selon les cas pourra être déterminée par la nature du point d'appui premier (nous désignons sous ce nom la dent qui servira d'attache à une couronne ou à une dent à bague). L'état de la dent qui recevra la barre (point d'appui second) est aussi un facteur important. Le volume de cette barre, partant sa résistance, sera évidemment plus grand, si elle vient se loger dans une molaire, que si elle se loge dans une prémolaire ou une canine. Enfin, sans insister, nous dirons qu'on doit envisager aussi les pressions masticatoires que le bridge

aura à supporter, tant par sa position dans l'arcade dentaire que par ses rapports articulaires avec les dents antagonistes.

L'effort à supporter est évidemment moindre, si celles-ci sont des dents artificielles montées sur une plaque-base ; il est au contraire à son maximum si le bridge part d'une canine comme point d'appui premier, pour se terminer par une barre dans la première grosse molaire ; les pressions dans l'acte de la mastication étant comme il a été prouvé beaucoup plus fortes au niveau des petites molaires en regard des masses zygomatiques.

Les résultats à longue échéance qu'on est en droit d'attendre de tout bridge dont la construction a été raisonnée sont en partie subordonnés à ces détails, d'importance secondaire peut-être à première vue, mais dont l'ensemble concourt, par une série de déductions raisonnées, à ce qu'on peut imaginer être le plus voisin de l'état de perfection en la matière.

La méthode de construction de cette classe de bridge est dans ses grandes lignes analogue à celle des ponts fixés à deux points d'appui.

La couronne ou la dent de Richmond qui forment le point d'appui premier sont faites d'abord, puis, dans la dent qu'on a choisi comme devant recevoir la barre, on prépare une cavité en forme de queue-d'aronde selon les principes qui régissent la préparation des cavités approximo-triturantes. Les dimensions de cette cavité sont en raison directe de l'étendue du pont, partant de la dimension de la barre qu'on y doit aurifier ; il est cependant très indiqué de leur donner une extension maxima de façon que celle-ci vienne y pénétrer très facilement en laissant entre elle et les bords de la cavité un espace suffisant pour que les fouloirs et les pointes à aurifier puissent y passer et que la condensation des morceaux d'or s'y fasse avec moins de difficultés.

L'extension cervicale de faces approximales, soit mésiales, soit distales, est subordonnée de même à la hauteur de l'articulation et à l'épaisseur de la barrette, une couche d'or suffisamment résistante devant recouvrir cette dernière

et recevoir les chocs des dents antagonistes. Cette préparation achevée, on prend une empreinte au plâtre, une squash bite, la couronne seule en place, sans se préoccuper de la barre.

Le modèle obtenu, on prépare sur la dent correspondante du modèle une cavité analogue à celle préparée antérieurement *in vivo*, et le pont est monté et terminé comme de coutume.

La barre doit avoir dans l'épaisseur de la soudure une attache résistante ; on peut lui donner une forme légèrement en queue-d'aronde, ou épaissir quelque peu son extrémité libre pour augmenter ses moyens de rétention.

La rigidité du platine iridié en fait le métal de choix pour toutes les barres ; on peut avec de l'or fin épaissir ou terminer en boule, comme nous l'avons déjà signalé, la partie devant être prise dans l'aurification.

Le stade le plus délicat du travail est assurément la mise en place du pont, l'aurification exigeant de par sa difficulté d'accès une minutie toute particulière.

Le processus est en l'espèce grandement facilité par le procédé suivant qui permet l'application de la digue du commencement à la fin de l'opération et assure pendant toute la durée de l'aurification une sécheresse absolue.

Selon la méthode courante le caoutchouc est fixé sur la dent qui doit recevoir la barrette, au moyen d'un clamp et de ligatures de fils de soie. On commence la condensation des premières couches d'or, de façon à assurer sa parfaite adaptation contre la paroi cervicale et les deux parois latérales ou axiales de la cavité ; quand le lit d'or ainsi formé a une épaisseur suffisante, que sa condensation est parfaite et que, par un miroir grossissant, on a pu vérifier son absolue contiguïté avec les bords de la cavité, on détache le porte-digue, et avec le perforateur ou une paire de ciseaux, *ad usum*, on fait à une distance égale environ à la longueur du bridge un trou de dimension suffisante pour que la couronne puisse y être introduite. Pendant qu'un aide prépare le ciment de scellement, on assure la sécheresse de la dent

ou de la racine qui doit recevoir la couronne par de larges tampons d'ouate hydrophile ou des rouleaux spécialement préparés ad hoc en utilisant la pompe à salive, qui est toujours d'un précieux secours.

Le bridge est alors passé par l'ouverture ménagée dans la digue, le ciment semi-liquide introduit dans la couronne qui est alors mise en place; la barre doit occuper le milieu de la cavité et reposer sur la couche d'or déjà introduite. Quelques minutes suffisent pour que le durcissement au ciment soit suffisant et permette de fixer la digue sur la couronne au moyen d'un clamp ; comme on le ferait pour une dent quelconque de l'arcade qu'on voudrait isoler par le caoutchouc.

L'aurification peut alors être terminée et achevée d'une façon parfaite sans hâte et sans aucun danger d'humidité.

La condensation de l'or autour de la tige de platine présente de sérieuses difficultés ; en raison du peu d'espace qui sépare celle-ci des parois de la cavité, la série des instruments si délicats de Darby-Perry est excellente pour ce cas.

L'or platiné, grâce à sa rigidité spéciale quand il a été bien martelé et à sa couleur harmonieuse, donne pour ces aurifications spéciales les meilleurs résultats.

Les strips communément employés pour ternir les contours des obturations approximales permettent de polir autour de la barre et sous la barre, l'aurification achevée et la digue enlevée.

Les résultats qu'on est en droit d'attendre de ces ponts à courte portée en font le procédé de choix pour la restauration d'un petit groupe de dents absentes quand les conditions cliniques se présentent comme nous les avons signalées. Cependant ces appareils n'échappent pas aux critiques qu'on est en droit d'adresser à tout bridge fixe. On a peut-être exagéré un peu la question du nettoyage et de la difficulté de tenir ces appareils dans un état de propreté parfaite. Il est toujours possible de les maintenir dans un état de propreté très satisfaisant par des lavages antiseptiques quotidiens et par un usage modéré de la brosse et du savon.

Le reproche le plus grave qu'on puisse leur adresser est qu'ils ne mettent pas à l'abri des cassures possibles des facettes de porcelaines.

Bien qu'en thèse générale on prenne pour la règle que l'or qui forme le placage des dents doit les protéger d'une façon telle qu'un corps étranger, dans l'acte masticatoire, ne puisse jamais rencontrer la porcelaine, même pendant les mouvements de diduction les plus accentués, il n'en reste pas moins vrai que nous sommes toujours à la merci d'un accident peu probable, il est vrai, mais pouvant se produire avec les conséquences ennuyeuses qu'entraînent la réparation, surtout quand l'appareil n'est point dans la partie antérieure de l'arcade.

Nous avons déjà à maintes reprises signalé les immenses avantages qu'offraient les bridges amovibles.

Or les bridges à barre amovible conçus, d'après les principes que nous avons signalés sauf quelques variations inhérentes à leur construction, contentent les esprits les plus soucieux de la perfection. L'aurification que doit recevoir la barre est faite comme une obturation à l'or ordinaire, puis achevée, elle est creusée d'un léger sillon et d'une petite cavité dans sa face triturante où vient se loger la tige de platine qui termine un court éperon.

La couronne amovible et le pont sont terminés d'après les procédés que nous avons eu l'occasion de décrire précédemment.

Fixes ou amovibles, ces ponts constituent un des moyens de restauration prothétique des arcades dentaires les plus parfaits, nous le répétons, dans les cas où quelques dents seules sont absentes et quand les points d'appuis ne s'indiquent pas d'eux-mêmes par l'état particulier des dents. Ils sont pour ceux qui les portent d'un secours inappréciable dans l'acte masticatoire et leurs résultats à longue échéance doit les faire préférer toujours aux appareils de prothèse dentaire avec plaques.

ZONA OPHTALMIQUE D'ORIGINE DENTAIRE

Par L. JACQUET,
Médecin des Hôpitaux,
Et H. E. CRAMER.

(Communication au Congrès de Cherbourg, août 1905.)

L'un de nous a présenté à la Société des Hôpitaux[1] un externe en médecine, M. Pascalis, atteint d'un zona thoracique *droit* qui fit suite directement et immédiatement à une poussée éruptive de la troisième molaire inférieure *droite* avec hémi-hyperesthésie profonde systématisée à tout le côté droit.

Depuis, nous avons eu l'occasion d'observer ensemble, d'une façon suivie et minutieuse, un cas grave de zona de la branche ophtalmique, avec zona oculaire, dans lequel l'influence étiologique et pathogénique de l'irritation dentaire nous a paru évidente, ou pluttôt *indubitable;* nous osons même ajouter que, dans ce fait, cette influence éclate de façon pour ainsi dire *expérimentale.*

Il s'agit d'un homme de 38 ans, alcoolique, entré à l'hôpital Saint-Antoine en pleine éruption zostérienne occupant toute la partie *gauche* du front et du vertex, presque jusqu'à la rencontre de la région occipitale, avec gonflement de la paupière, photophobie et kérato-conjonctivite.

Sur le diagnostic aucune hésitation n'était possible : il s'agissait bien là d'un herpès zoster *complet* et *typique* et d'autant plus facile à observer que notre malade était chauve. Or, l'éruption avait été précédée par une longue période, près de six mois, de névralgies dentaires prédominantes à *gauche,* qui, depuis deux mois environ, s'étaient violemment renforcées de ce côté et s'étaient compliquées de céphalée sourde, presque permanente, avec paroxysmes intolérables.

La joue gauche était œdématiée, et cet œdème se prolon-

1. L. Jacquet, *Zona dorsal droit avec hémi-hyperesthésie droite consécutif à une poussée éruptive de la dent de sagesse inférieure droite.*

geait jusqu'à la région carotidienne ; sous ces téguments tuméfiés on sentait des glandes sous-maxillaires tuméfiées également et sensibles.

La pression des points d'émergence nerveuse à la face était douloureuse, mais surtout à *gauche*.

Cela étant, un examen soigneux de la bouche, *toujours négligé d'ailleurs dans ces cas*, s'imposait rigoureusement. Voici ce que nous trouvâmes : un peu de rougeur du pharynx, surtout à gauche ; une luette légèrement tuméfiée et une dentition dans un état pitoyable. D'autre part, *à droite*, quelques racines dont une seule, la racine postérieure de la deuxième molaire inférieure, atteinte de périodontite aiguë ; à *gauche*, au contraire, nous ne comptons pas moins de SEPT *dents cariées, dont six à l'état de racines toutes en activité pathologique ;* ce vestibule de ce même côté se montrait vivement injecté, rouge violacé, et très sensible.

Dans ces conditions, nous avons commencé la mise en état de l'appareil dentaire et nous avons pu constater, après de multiples interventions par MM. Pitsch, Gaumerais et nous-même, une amélioration progressive non seulement dans les phénomènes cutanés, ce qui, à vrai dire, n'a pas grande importance, mais aussi, ce qui est beaucoup plus significatif, dans les phénomènes oculaires et névralgiques. Et au total la photophobie, le larmoiement, l'injection irienne et les crises névralgiques disparurent *seulement, mais très rapidement*, après l'élimination de deux séquestres, élimination qui amena la disparition immédiate de la rougeur et de la sensibilité vestibulaire, jusque-là très accusées.

Il ne nous semble guère possible de contester l'origine étiologique que nous invoquons ici. Qu'on veuille bien le remarquer : il ne s'agissait pas là de vagues prodromes douloureux s'étendant à cinq, dix, quinze jours au plus, comme les classiques l'admettent, mais d'une longue phase prénévralgique, durant des mois entiers et émanée indubitablement des lésions dentaires gauches. D'autre part le parallélisme entre la durée des névralgies et celle des lésions irritatives nous semble encore suggestif.

Et enfin la disparition de ces névralgies qui, après cette longue phase pré-zostérienne insolite, ont *tourné court*, faisant ainsi un contraste saisissant avec les classiques et interminables névralgies post-zonateuses, *nous semble éminemment caractéristique*.

Pourquoi, dans les cas ordinaires, cette persistance parfois indéfinie des phénomènes douloureux, sinon parce que l'épine irritative, mais *inconnue*, persiste ?

Et pourquoi dans notre cas, si violemment névralgique, cette disparition rapide, sinon parce que, tout au contraire, l'épine irritative était *connue* et fut supprimée ? Terminaison heureuse d'autant plus significative que les troubles sensitifs ont été pour ainsi dire jusqu'ici une séquelle à peu près constante de zonas ophtalmiques.

On peut nous objecter que les lésions dentaires sont d'une très grande banalité et que le zona ophtalmique est fort rare. Nous répondrons que dans ce fait elles agissaient cumulativement à un degré déjà un peu insolite, et qu'il s'était fait ainsi une véritable *sommation* irritative.

Mais surtout nous ferons remarquer que l'on a le plus grand tort d'envisager, conformément à une indéracinable habitude d'esprit, le résultat d'une irritation pathologique quelconque, à son *maximum* de retentissement, maximum en effet exceptionnel. Or, il est logique et éminemment instructif d'envisager au contraire cette répercussion à son degré *minimum ;* et, ce faisant, on arrive à trouver que dans le cas qui nous occupe, par exemple, la répercussion oculaire et cutanée, sous forme de photophobie et d'hyperesthésie cutanée légères, est fréquente [1] et conduirait, par

1. Dr Sulzer, *Des relations entre les maladies des dents et certaines affections oculaires (Odontologie* du 30 nov. 1898). Nous extrayons de son très intéressant mémoire les lignes qui suivent : « Quoique parfaitement établis, les cas de cécité complète due à la carie dentaire profonde et infectée, de préférence à la carie des canines supérieures, sont rares. Il est fréquent de rencontrer chez les sujets porteurs de dents profondément cariées des *phénomènes douloureux* du côté des yeux. Ces malades accusent des douleurs dans le front ou dans d'autres régions animées par le trijumeau ; l'œil est sensible à la lumière plus particulièrement à la lumière de la lampe, et le travail est difficile ou impossible. Ici encore l'extraction des dents cariées, douloureuses ou non, fait disparaître les troubles oculaires ; mais un examen approfondi fait souvent reconnaître qu'une

une échelle insensible, aux grandes altérations de l'œil et de la peau.

Pour l'œil, d'excellents observateurs tels que Sulzer, Wibo, etc., l'ont récemment montré ; pour la peau, les études de Head et celles de l'un de nous ont établi copieusement la répercussion sous le mode sensitif et trophique. L'objection tirée de la rareté même du zona opposé à la banalité de l'irritation dentaire n'est donc valable que pour ceux qui croient à une barrière absolue, infranchissable entre un zoster ophtalmique, d'une part, et leurs ébauches oculaires et cutanées, de l'autre.

Il nous semble donc possible d'admettre l'existence d'un zona d'origine dentaire, plus facile certes encore à comprendre que celle du zona chez les tuberculeux, et nous ajoutons que l'observation et l'expérimentation clinique auront vite fait d'infirmer ou de confirmer cette conception.

Pouvons-nous maintenant prendre parti dans la discussion pathogénique pendante sur la nature et l'origine du zoster lui-même ?

D'abord il est incontestable que notre fait appartient à la catégorie des *zonas légitimes* et non à celle des *éruptions zostériformes ;* nous n'en voulons pour preuve que les phénomènes généraux de malaise, d'abattement, la température qui a atteint 39°2 pour s'abaisser rapidement ensuite, non moins que l'étendue et la perfection du caractère herpétique[1]. En second lieu il nous semble impossible d'interpréter un fait de ce genre autrement que par une irritation ascendante vers le ganglion de Gasser, lésion irritative de ce ganglion et névrite dégénérative de la branche ophtalmique.

L'origine *périphérique* et non *médullaire* nous apparaît ici évidente et les théories névritiques et ganglionnaires, loin d'y être inconciliables, nous paraissent toutes deux nécessaires à sa compréhension.

---

anomalie non corrigée de la réfraction oculaire ou l'état général du malade ont préparé le terrain. »

1. M. Marcel Ferrand, interne en médecine à l'hôpital Saint-Antoine, fit la ponction lombaire à la période d'état et constata une lymphocytose moyenne.

LES CHARLATANS

Par J. CHATEAU, de Grenoble.

Secrétaire général de la Société Dauphinoise d'Odontologie.

Voilà un mot que nous avons entendu souvent prononcer par nos pères avec une sorte de respect, je dirai presque de terreur religieuse attachée à tout ce que l'on croit toucher à la sorcellerie !

Charlatan: voilà un mot que nous entendons souvent prononcer encore de nos jours avec une nuance de mépris non dissimulée !

Dans ces deux jugements portés par la foule, quelle est la part de la vérité? Quelle est la part d'exagération ou d'injustice populaire? C'est ce que nous allons essayer d'étudier dans ce chapitre, où nous verrons les anciens charlatans, pères de ceux qui, bien rares aujourd'hui, parcourent les campagnes, où nous verrons ceux que le public n'appelle pas des charlatans, parce qu'il n'est pas éclairé à leur endroit, ceux que nous appellerons des charlatans modernes, en regrettant de ne pas employer une expression qui les stigmatise davantage.

LES ANCIENS CHARLATANS.

On n'est pas absolument d'accord sur l'étymologie du mot qui désigne les individus, vêtus la plupart du temps de couleurs criardes *(scarlatano, écarlate)* qui vendaient des drogues sur les places publiques en appelant les badauds à grand renfort de boniment *(ciarlare, bavarder)* et qui ne restaient jamais longtemps dans le même endroit,

mais voyageaient constamment *(circulatannus,* dérivé de *circulator* qui voyage).

Les premiers charlatans étaient plutôt des herbiers, de pauvres hères qui parcouraient la campagne, faisant leurs provisions le long des chemins.

Arrivés dans les villages, ils débitaient leurs marchandises, en vantant les effets à grand renfort de phrases ronflantes, propres à en imposer à la foule des curieux.

Voici, à titre de curiosité, le boniment d'un charlatan qui vendait des herbes en l'an 1281.

« Bele gent, je ne suis pas de ces povres herbiers qui portent boîtes et sachez, et si estendent un tapiz... Osteiz vos chaperons, tendiez les oreilles, regardez mes herbes... Et comme je veux que li povres i puist aussi bien avanir comme li riches, il faut que j'en fasse danrée : car tel a un denier en sa borce *(bourse)* qui n'i a pas cinq livres...

» Ces herbes, vos ne les mangerez pas, car il n'a si fort buef en cest païs, ne si fort destrier que c'il en avait ausi groz come un pois sor la langue qu'il ne morust de mal mort, tant sont forts et ameires ; et ce qui est amer à la bouche si est beon au cuer. Vos les metreis trois jors dormir en boen vin blanc ; se vos n'aveiz blanc, si preneiz vermeil ; se vos n'aveiz vermeil, preneiz de la belle yaue clère : car tel a un puis devant son huix qui n'a pas un tonel de vin en son célier. Vos prendrez chaque matin pendant treize jors. Vos sereiz garis de diverses maladies, de toutes fièvres, de toutes goutes et mal de dents. Car se mes pères et ma mère *(sic)* estoient en péril de la mort, et ils me demandoient la meilleure herbe que je lor peusse doneir, je lor donroie ceste.

» En tel manière, venz-je mes herbes et mes oignements *(onguents)* qui vodra si en preingne, qui ne vodra, si les laist *(laisse)*[1]. »

Vers l'an 1400, le charlatan devint un homme plus considérable, plus important. Le voici, coiffé d'une riche toque,

1. Bibliothèque nationale, manuscrits, fonds français, nº 1635, fº 80.

vêtu d'une façon originale, d'un habit à collerette, à crevés, à bouffants. Il porte au cou un collier à deux ou trois rangs de molaires enfilées sur une cordelette. Il porte un grand manteau avec des broderies.

Son installation est sommaire : un banc destiné au patient, une table plus ou moins simple, le tout loué à l'habitant qui l'héberge. Sur la table des pots d'onguent, quelques instruments, une timbale quelconque. Puis, quelquefois un monceau de dents destinées à prouver la pratique du charlatan, quelques objets étranges placés là pour frapper l'imagination de la foule ; des vers solitaires, des poissons bizarres empaillés, des serpents. Sous la table un tonnelet d'eau.

Enfin, surmontant le tout, à la façon d'une enseigne dressée sur la table, une toile peinte plus ou moins naïvement. Cette peinture, généralement divisée en plusieurs tableaux, représentait des animaux fantastiques, de gros vers ou des serpents, que le charlatan disait être ceux qui rongent les dents, puis enfin de riches armoiries de rois, de ducs ou d'évêques, dont le charlatan prétendait posséder la confiance. Souvent, à cet endroit, il ajoutait des parchemins munis de sceaux pendus à des rubans.

Telle était, à cette époque, l'installation d'un charlatan populaire. Sa clientèle se composait du bas peuple, de soldats auxquels il arrachait les dents, sur le banc de bois ou, à son défaut, sur une grosse pierre en bordure de la route.

Cependant les années passent et quelques charlatans viennent se fixer sur les places publiques, sur les avenues passantes, à la sortie des ponts, sur les terre-pleins.

Quoi qu'il en soit, la plupart de ces bateleurs, montés sur des tréteaux, arrachaient des dents ou vendaient des élixirs merveilleux. L'histoire n'a pas dédaigné de nous conserver les noms de quelques charlatans fameux qui, à Paris, sur le Pont-Neuf, tenaient boutique en plein vent et avaient une véritable réputation, comptant parmi les illustrations de la capitale. C'est d'abord Arnaut qui, sur ses

tréteaux, exposait tout le collège des cardinaux, dont il soignait, disait-il, les dents. Au milieu du sacré collège figurait le Pape, un emplâtre sur la tempe.

Ensuite vint Carmeline qui eut un grand succès. Coiffé d'un casque aux proportions gigantesques, vêtu d'un costume splendide, l'épée au côté, il pérorait au milieu d'animaux bizarres empaillés, entre lesquels deux crocodiles énormes attiraient la curiosité de la foule.

Brioché eut aussi quelques succès en arrachant les dents, mais il abandonna cet exercice pour montrer les marionnettes et son talent était si prodigieux qu'à Soleure, en Suisse, il faillit se faire massacrer par les paysans qui le prenaient pour un sorcier.

Ensuite vint le plus fameux des charlatans dentistes, Thomas, surnommé le grand ou le gros Thomas. Un jour, il s'avise de donner un grand banquet au peuple sur le Pont-Neuf. L'autorisation accordée par le lieutenant de police lui est retirée brusquement, et avec elle la certitude d'une réclame monstre. Thomas, sans se laisser abattre par ce malheur immérité, et faisant contre mauvaise fortune bon cœur, fait répandre le bruit qu'il ira, en grand et fastueux équipage, porter ses félicitations au roi et à la reine. C'est ce qu'il fit, en effet, coiffé d'un bonnet triomphal dont on a retrouvé le dessin sur une vieille gravure qui se vendait chez un vitrier de la rue Galande.

Cette estampe était dédiée « au grand Thomas, grand opérateur du roi, reçu à Saint-Côme, qui pèse 6 marcs 7 onces ».

Elle vantait les mérites de « l'opérateur sans pareil » et « la douceur dont il a arraché gratis pendant quinze jours les dents les plus tenaces ».

Les Charlatans en boutique.

La salle d'opération.

Mais n'anticipons pas. Laissons de côté ces charlatans,

dignes pères de ces bonisseurs en plein vent dont nous allons, tout à l'heure, étudier la vie en détail. Occupons-nous plutôt des charlatans de l'an 1400 ou 1500, qui, simples bourgeois sans grande emphase, gagnaient honorablement leur vie. Ils étaient établis, ils avaient pignon sur rue, ils avaient une installation matérielle permanente. Essayons d'entrer dans la salle d'opération d'un de ces dentistes.

Il nous faut d'abord passer sous l'enseigne.

Suivant l'état des finances du maître du logis, cette enseigne varie. Ce peut être un immense instrument de chirurgie, avançant dans la rue ses lames menaçantes. Ce peut être, attachée à un pendentif en fer forgé, une gracieuse peinture représentant une opération merveilleuse.

Quant à la salle d'opération du dentiste, c'est une salle absolument ordinaire, à laquelle est quelquefois attenant un petit cabinet, où l'aide du dentiste, un jeune homme ou quelquefois même un nain, pile dans un mortier les onguents divers qu'il enfermera dans des pots. Ce jeune homme est en même temps apprenti ; c'est lui qui, pendant l'opération, maintiendra le patient, présentera le réceptacle, sorte de plat à barbe dans lequel on doit cracher.

A cette époque, les murs étaient très épais, les fenêtres plus ou moins étroites. En face de la fenêtre, éclairée le plus possible, se trouvait le siège du patient. Suivant la fortune du maître, c'était une sorte de banc à trois pieds, auquel on avait ajouté un dossier sommaire, c'était une chaise ordinaire en planches grossièrement assemblées, un banc plus élégant avec un dossier et des appuie-mains, c'était enfin, mais très rarement, un fauteuil véritable, recouvert de cuir, garni de pendeloques.

Le rebord de la fenêtre servait au dentiste, pour placer ses instruments à portée de la main. Quelques courroies fixées au mur par des clous espacés servaient à suspendre les autres instruments, les ciseaux.

Des planches dressées, faisant office d'étagères, supportaient des pots d'onguent, des fioles diverses, des cornues, des mortiers ou quelques vieux grimoires. Seuls, les chirur-

giens distingués avaient une sorte de placard à étagères masqué par une draperie. Le curieux, l'imprudent qui eût soulevé ce rideau, eût aperçu au milieu d'objets divers quelque instrument de musique, passe-temps des journées oisives, ou un crâne humain devant lequel il eût reculé d'horreur.

Aux murs étaient généralement pendus ou accrochés quelques plats de cuivre, une gourde, une ou deux images populaires. Il y avait souvent de petites excavations destinées à placer des pots, des fioles.

Une table était chargée de flacons, de pots à onguent décorés de peintures à la façon des pots d'apothicaire. Il y avait généralement une cuvette, des linges, deux ou trois brocs en étain, et quelquefois un crâne plus ou moins dissimulé par un vieux grimoire de parchemin.

Sur le plancher gisaient des objets divers : un grand pot contenant de l'eau, un mortier, des plats de cuivre ou de faïence, des cornues et même quelque animal empaillé, probablement tombé du plafond ou qu'on avait omis de suspendre.

C était, en effet, une coutume constante, non seulement chez les dentistes, mais aussi chez les médecins et les chirurgiens, de pendre au plafond, par des cordelettes, certains animaux alors très curieux, et qu'on avait soigneusement empaillés. Des salamandres, certains poissons bizarres, des chauves-souris, des caméléons ou même des crocodiles étaient ainsi suspendus au plafond. On pendait également des sphères brillantes. Souvent aussi un singe vivant faisait partie du matériel et presque toujours une chouette vivante était perchée sur les étagères ou sur l'appui de la fenêtre. Faut-il voir dans cette coutume la figure de l'oiseau cher à Minerve, déesse de la Sagesse et de la Science? C'est infiniment probable.

Quoi qu'il en soit, le patient entré dans la chambre et invité à s'asseoir accrochait son chapeau au dossier de la chaise ou du fauteuil, puis, sous l'œil railleur des amis et des curieux qui le contemplaient par la fenêtre, constam-

ment ouverte en été, il se remettait entre les mains du charlatan.

Suivant son rang ou l'opinion qu'il avait de lui-même, celui-ci était coiffé d'une simple calotte en drap ou d'un bonnet de fourrure parfois orné d'une plume majestueuse. Il portait une longue robe dont la bordure formait par-devant une sorte d'étole de fourrure. De larges manches complétaient l'aspect du charlatan qui, en outre, portait généralement en guise d'ornement un collier de molaires autour du cou ou même en sautoir. Cependant, pour quelques opérations particulièrement pénibles ou sanglantes, il portait un tablier dont les attaches, enroulées autour du corps, servaient à accrocher certains instruments, placés ainsi à portée de la main.

L'anesthésie n'étant pas encore découverte, le patient ne se faisait pas faute de crier et de hurler, tandis qu'à la fenêtre largement ouverte, sous l'enseigne monumentale, les enfants, pour mieux voir, bousculaient les badauds et les commères.

Les Charlatans du siècle dernier.

Leurs boniments, leurs trucs.

Au XVIII[e] et XIX[e] siècle, il y eut un grand nombre de charlatans, mais ni le Pont-Neuf ni Paris ne leur suffirent plus. Au contraire, il semblait que le monde tout entier ne fût pas assez grand pour promener leurs mérites.

Ils parcouraient la France du Nord au Midi, daignant s'arrêter dans les villes pour répandre sur les populations les bienfaits de leur science universelle. Véritables bohêmes, amoureux du faste et du clinquant, ils portaient une cuirasse étincelante, un casque brillant surmonté d'une aigrette majestueuse. Ils avaient des voitures dorées traînées par des chevaux richement caparaçonnés, et ils faisaient une entrée sensationnelle, triomphante, aux sons de la musique, du tambour, de la grosse caisse et des cymbales.

Tout ce clinquant, toute cette mise en scène étaient destinés à éblouir le public, à lui en imposer, à jeter de la poudre aux yeux.

Essayons maintenant de reconstituer le boniment du charlatan.

D'une voix éclatante, il commençait par décliner tous ses titres, il affirmait avoir guéri presque tous les monarques de la terre, il faisait l'énumération de ses diplômes et de ses décorations, puis il ajoutait :

« Si j'avais voulu exploiter la reconnaissance de tous les hommes qui me doivent la santé, ma fortune serait immense ; mais j'obéis à un mobile plus élevé : j'ai voué ma vie au soulagement de mes semblables. »

» Vous voyez en moi, Mesdames et Messieurs, le célèbre docteur X... Faire mon éloge ne serait qu'être l'interprète de la renommée aux cent bouches d'or et d'azur ; je me contenterai de vous dire que j'ai un immense talent et que mon incommensurable réputation ne peut être égalée que par ma modestie. Couronné par les plus illustres sociétés savantes du monde entier, je m'incline devant leur jugement qui proclame la supériorité de mes connaissances dans le grand art de guérir le genre humain. »

« Apprenez, bonnes gens, que je guéris et je préserve, non seulement sans avoir recours aux préparations pharmaceutiques, mais encore sans consulter les indications des urines ni des selles, sans avoir besoin de tâter le pouls, de faire tirer la langue, de faire poser culotte, de faire lever les jupes, sans presque m'inquiéter du nom, du siège, de la classification, de l'étymologie, de la définition de la maladie, et même sans voir les malades. »

Puis pendant que la musique joue un air entraînant, le charlatan exhibe des squelettes, au grand effroi des femmes et des enfants. Il montre des bocaux contenant des serpents et quelquefois des fœtus conservés dans l'alcool. Le voici qui prend des crânes humains et les montre à la foule : « Messieurs et mesdames, voici le crâne du célèbre Mandrin à l'âge de quinze ans, le voici à vingt ans, le voici enfin à

trente, lorsque ce grand criminel mourut par le supplice de la roue. »

Un petit air de musique, pendant que la foule s'agite impressionnée.

Le charlatan fait de la main un signe d'apaisement, il va parler:

« Mais, Messieurs, c'est assez vous entretenir de ma personne, il est temps que je vous parle de mes œuvres. Apprenez donc que je suis le fameux inventeur du baume vermifugo-panaceti, dont l'efficacité souveraine est incontestable, miraculeuse. Oui, Messieurs, oui le ver, cet ennemi de l'espèce humaine, le ver, le destructeur de tout ce qui porte existence, le ver, ce rongeur acharné des morts et des vivants, est enfin vaincu par ma science. Une goutte, un atome de cette précieuse liqueur suffit pour chasser à tout jamais cet affreux parasite. Avez-vous des vers longs, des vers plats, des vers ronds? Peu m'importe la forme, avancez sans crainte ; je vous en délivrerai.

» Avez-vous encore le ver macaque qui se place entre cuir et chair, le ver coquin qui s'engendre dans la tête de l'homme, le ténia vulgairement appelé ver solitaire? Venez à moi, bonnes gens, je vous les extirperai sans douleur [1]. »

» Et ne croyez pas, Mesdames et Messieurs, que ce soit la seule vertu de mon baume. Non pas; car il recèle en lui-même tous les trésors jalousement cachés par la nature. C'est lui, Messieurs, qui permit à Annibal et à César d'être maîtres du monde ; c'est lui qui, plus tard, permit à Christophe Colomb de découvrir l'Amérique ; c'est lui qui maintenant me permet de faire à l'humanité souffrante l'aumône de la guérison souveraine. »

» Eh bien donc, avancez bonnes gens ; prenez cette boîte, prenez-la sans crainte. Ceci guérit tous les maux, les coliques, les cors aux pieds et la rage, les esquinancies et le mal d'amour, la teigne, la fièvre et les gerçures au sein.

1. *Dictionnaire Larousse.*

Quant au mal de dents, il l'enlève et le supprime à tout jamais. Il rend les dents belles comme celles d'un petit enfant. »

La foule était incapable de résister à une pareille avalanche de paroles, le charlatan vendait en un instant toutes ses boîtes.

(A suivre).

BIBLIOGRAPHIE

L'art dentaire à la portée du médecin, par le Dr Louis Gourc, Paris, 1905.

M. le Dr Gourc vient de faire paraître un manuel destiné, dit-il, à « donner aux débutants quelques notions d'art dentaire essentiellement pratique, afin de montrer au médecin de campagne, à l'étudiant qui se propose de soigner quelques dents, avec quelle facilité il peut arriver à conserver cette partie essentielle avec laquelle ne peut rivaliser aucun masticateur ».

Cette facilité, nous doutons que le lecteur en ait une idée bien nette après la lecture du petit manuel de M. Gourc, dont la clarté et la méthode sont certes le moindre défaut. Tout, en effet, y est confus et sans ordre. Dans un manuel, dont l'auteur a pris soin de dire qu'il était destiné « au médecin rural voulant faire de l'art dentaire », il néglige de donner à celui-ci des éléments préliminaires qu'il sait cependant indispensables, puisqu'il reconnaît qu'il arrive souvent dans les campagnes que, en matière dentaire, « le maréchal ferrant est souvent plus expert que le médecin muni de tous les diplômes exigés par la loi » ; par contre il lui donne le manuel opératoire des obturations de porcelaine, des couronnes d'or, des aurifications par les diverses méthodes, des dents à pivot, etc. Enfin dans un manuel *d'art dentaire* de 210 pages, il en consacre 24 aux *végétations adénoïdes* (symptômes, complications, divers traitements, manuel opératoire, etc., etc.). Que notre confrère qui a fait un travail sur ce sujet ait une prédilection particulière pour lui, cela s'explique, cependant nous pensons que ses confrères stomatologistes trouveront eux-mêmes qu'en la circonstance il dépasse un peu les bornes de la stomatologie.

Dans l'art dentaire il taille au médecin praticien un domaine tellement large qu'on arrive à se demander ce qui reste au spécialiste ; il pense toutefois qu'il n'est pas possible que le médecin non spécialisé s'occupe du redressement des dents, sauf cependant à l'aide du plan incliné, dont il donne une description qui nous paraît difficilement compatible avec le but qu'il poursuit de faire de son livre un ouvrage, qui permette aux débutants de se sortir d'embarras à leurs débuts.

Certes nous louons M. Gourc d'insister comme il le fait auprès des médecins, auxquels il destine son livre, sur la nécessité de conserver les dents *du client* suivant une expression qui revient un peu

fréquemment sous sa plume, mais il est fâcheux que ses *conseils pratiques* leur facilitent aussi peu la besogne.

Nous regrettons enfin de constater que, si le livre de M. Gourc ne nous paraît pas convenir au médecin praticien pour lequel, en sa confusion, il est à la fois insuffisant et trop compliqué, il ne convient pas davantage au spécialiste, pour lequel il est trop élémentaire. Quant aux vues particulières de l'auteur sur les différents points de pratique, elles nous paraissent souvent des plus discutables ; aussi ne croyons-nous pas utile de nous y arrêter ici.

M. R.

Contribution à l'étude des retards de la première dentition chez les rachitiques, par M. Dr Georges Labbey, Thèse de Paris, 1904.

M. Georges Labbey a consacré sa thèse inaugurale à ce sujet, qui a déjà fait l'objet de plusieurs études intéressantes de Comby, Seigneur, Chaumier, etc. Il conclut, comme tous les auteurs précédents, que le rachitisme intervient indiscutablement pour retarder l'évolution de la première dentition et il cherche à donner une explication de ces faits. Pour lui « la cause principale de ce trouble semble être dans le fait que le follicule dentaire ne trouve plus dans l'économie de l'enfant rachitique les matériaux calcaires suffisants pour son développement. Ce trouble serait analogue au retard de soudure des fontanelles. Les lésions du côté du maxillaire ne semblent jouer qu'un rôle secondaire ».

Il est nécessaire, dit-il, de penser au rachitisme toutes les fois que chez un enfant on verra un retard quelconque dans l'apparition d'une ou de plusieurs dents et, en traitant le rachitisme de ces enfants, l'évolution dentaire, d'abord retardée, tend peu à peu à se rapprocher de l'évolution dentaire normale.

M. R.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

RÉUNION DES CHIRURGIENS-DENTISTES DE LA BASSE-BOURGOGNE

(1re section du Syndicat des Chirurgiens-Dentistes de France.)

Au cours d'une réunion qui a eu lieu chez M. Rigolet, à Auxerre, le 30 juillet 1905, il a été décidé de créer dans la région une société scientifique qui prendra pour titre : « Société d'Odontologie de Bourgogne. »

Sur la proposition de M. Rigolet, un bureau provisoire a été chargé de préparer les statuts de la nouvelle société, lesquels seront soumis à l'approbation définitive des membres qui doivent se réunir en assemblée générale en novembre à Tonnerre, et M. Eustache, le plus ancien diplômé d'école établi dans la région, a été nommé président.

M. Daclin, de Chalon-sur-Saône, a été nommé vice-président et M. Rigolet, secrétaire.

Il a été décidé en principe que les statuts de la Société d'Odontologie de Paris serviraient de base pour la constitution de la nouvelle société et que le vote par correspondance serait admis pour le renouvellement du bureau en assemblée générale.

Avant de se séparer, les membres présents ont désigné M. Rigolet pour représenter la *Société d'Odontologie de Bourgogne* au Congrès de Cherbourg.

La séance a été levée à 7 heures.

NOUVELLES

CERTIFICAT D'ÉTUDES SECONDAIRES

ACADÉMIE DE PARIS — UNIVERSITÉ DE FRANCE

Certificat d'études secondaires de chirurgien-dentiste, 2e session de 1905.

Les examens du certificat d'études secondaires exigé des aspirants au diplôme de chirurgien-dentiste auront lieu à Paris, les *mercredi* 18 *et jeudi* 19 *octobre* prochain (2e session 1905).

Les inscriptions seront reçues au secrétariat de l'Académie, à la Sorbonne (5e bureau) du 12 septembre au 12 octobre inclus.

Les pièces à produire sont :

1° Une demande sur papier timbré à 0.60 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° L'acte de naissance sur papier timbré à 1.80 légalisé.

Sur le dépôt de ces pièces, un bulletin de versement des droits (50 francs) 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.

Pour le vice-recteur,
L'inspecteur d'Académie.

DISTINCTION HONORIFIQUE

Notre excellent confrère M. Kirk, doyen de la Faculté dentaire de l'Université de Pensylvanie et collaborateur de *L'Odontologie*, a reçu les palmes d'officier d'Académie par arrêté du Ministre de l'Instruction publique, en date du 27 juillet.

Cette distinction lui a été conférée sur la demande des membres français de la Fédération dentaire internationale.

Plusieurs confrères comptaient lui offrir les insignes de cette décoration dans un banquet qui aurait eu lieu lors de son voyage à Paris ; mais des raisons de famille ont empêché M. Kirk de venir dans la capitale, de sorte que ces confrères ont été privés du plaisir de lui faire cette manifestation de sympathie.

Nous adressons à M. Kirk nos très sincères félicitations et nous applaudissons à une distinction si justifiée par ses travaux, son rôle professionnel et son savoir.

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 DENTAIRES

Pour toutes *cessions* et *acquisitions* de **CABINETS DENTAIRES** s'adresser à **M. Vasseur,** 9, rue de Londres, qui a été l'intermédiaire dans les *transmissions les plus importantes* qui se sont faites depuis 1880.

Répertoire de tous les cabinets à céder mis gratuitement à la disposition des acquéreurs.

M. Vasseur est visible de 8 heures à midi. *Téléphone : 151.39.*

Cabinets offerts.

Cabinet dentaire à céder pour cause de départ pour l'étranger. — Outillage, meubles tout installés et entièrement garnis. — Grand salon avec beaux meubles. — Laboratoire avec machines, instruments et accessoires, plus trois pièces garnies. — Eau, gaz, électricité. — Bien situé, au premier étage, installé depuis quatorze ans. — Loyer 1.000 francs. — Ville de 22.000 habitants et garnison, dans l'Est de la France. — Conditions de vente : 12.000 francs, avec facilité de paiement : moitié comptant et solde l'année suivante. — Ecrire à M. Paul D., aux soins de M. Ed. Papot, à Héricy-sur-Seine (S.-et-M.). (70-3)

A céder pour *raisons de famille*, **CABINET DENTAIRE** dans grande ville *près Paris*, fondé depuis 6 ans, belle installation, loyer 900 fr., affaires 16 à 18.000 fr., on traiterait avec 12.000 francs comptant. Ecrire à G. A. V. aux soins de M. Papot, à Héricy-sur-Seine (S.-et M.). (71-3)

Paris IX^e^ CABINET créé en 1872, rapport moyen 13.000 touchés, les 2/3 en prothèse. Loyer : 2.000 ; cabinet, salon, salle à manger, atelier, 2 chambres. — Prix 12.000 dont 4.000 seulement comptant. — Breitel et Goret, 1, rue Dante, Paris-V^e^. (77-2)

Paris XII^e^ CABINET créé en 1829, *avec petite succursale en banlieue*, rapport 34.000. — Les deux loyers réunis : 2.600. — Très bel appartement à Paris, 1^er^ étage sur rue, 8 pièces. — Prix 40.000. — Breitel et Goret, 1, rue Dante, Paris-V^e^. (78-2)

Sud-Ouest CABINET créé en 1900, *clientèle riche, travaux de luxe*, rapport : 20.000. — Loyer 1.200, maison de 12 pièces sur place. — Prix : 20.000 dont 1/2 comptant y compris toute l'installation du cabinet et du salon. — Breitel et Goret, 1, rue Dante, V^e^. (79-2)

Dentifrice déposé, *élixir* et *poudre*, exploités depuis 1898, sans publicité, vente actuelle : 100 flacons par mois. — Prix de vente : 2 fr. Prix de revient : 0.50, *affaire facile à exploiter* et *susceptible grande extension*. — Prix demandé : 10.000. — Breitel et Goret, 1, rue Dante, V^e^. (80-2)

Occasion exceptionnelle. — URGENT. — A VENDRE cabinet, affaires 16.000 touchés. — *Installation perfectionnée, extension certaine.* — Conditions extrêmement avantageuses. — Frais du matériel plus 3.000 francs. — Ecrire aux initiales K. 1.000, aux soins de M. Ed. Papot, à Héricy-sur-Seine (Seine-et-Marne). (82-2)

Pour cause de santé, **CABINET A CÉDER,** affaires 8.000 francs, *très peu de frais*, et *pas de crédit*. — Bonne affaire pour jeune diplômé. — On ferait grand sacrifice en cédant la clientèle, créée depuis 8 ans, à titre gracieux, à condition de prendre la suite du bail et l'outillage de cabinet et d'atelier. — *Grandes facilités de payement.* — Ecrire aux initiales A. P. N., aux soins de M. Ed. Papot, à Héricy-sur-Seine (S.-et-M). (84-2)

A céder, CABINET DENTAIRE avec *Clinique dentaire* situés à cinq minutes l'un de l'autre, près des Grands Boulevards. 10 à 12.000 fr. d'affaires, faciles à augmenter, à qui voudrait s'en occuper. *Peu de frais généraux*, la clinique étant en collaboration avec un médecin. Prix 6000 fr. — Ecrire aux initiales B. L. P., aux soins de M. Ed. Papot, à Héricy-sur-Seine (S.-et-M.). (88-1)

Cabinet dentaire à REMETTRE dans *ville importante* de la **Suisse romande** ; en pleine activité. — Ecrire à H. A. Wellauer, dentiste, Grand Chêne, à Lausanne (Suisse). (89-1)

A CÉDER, *raison de santé* dans ville de l'*Ouest*, **EXCELLENT CABINET,** *installation moderne*, riche clientèle bourgeoise, noblesse, officiers, fonctionnaires, institutions, etc. Relations médicales. Affaires prouvées 25-30.000 fr. — Accepterait au besoin association. — Prix demandé 30.000 fr. moitié comptant. S'adresser initiales E. D. G., 12, aux soins de M. Papot, à Héricy-sur-Seine (S.-et-M.). (90-1)

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.

Très capable ***CHIRURGIEN-DENTISTE*** *allemand*, parlant bien *français* et *anglais*, demande place comme ***OPÉRATEUR***. *Bonnes références.* — Ecrire à A. B., 100, aux soins de M. Ed. Papot, à Héricy-sur-Seine (S.-et-M.).
(72-3)

Elève Ecole Dentaire, ayant déjà fait **études étranger**, fait travaux cabinet et prothèse, **CHERCHE PLACE**. *Conditions très modestes.* — Ecrire à Mlle B, 26, aux soins de M. Ed. Papot, à Héricy-sur-Seine (Seine-et-Marne).
(73-2)

Docteur en médecine, ***DENTISTE*** *diplômé de la Faculté de Paris*, demande place d'***OPERATEUR***. — Ecrire aux initiales F. B. 3, aux soins de M. Papot, à Héricy-sur-Seine (Seine-et-Marne).
(75-2)

Diplômé de la Faculté de médecine de Paris et de *l'Ecole dentaire de Paris*, connaissant l'aurification, **demande place d'OPERATEUR** à Paris, de préférence, ou en province et étranger. — Remplacerait camarade partant pour le service militaire. — Ecrire aux initiales M. D., aux soins de M. Ed. Papot, à Héricy-sur-Seine (Seine-et-Marne). **(81-2)**

MÉCANICIEN-OPÉRATEUR, *libéré du service militaire*, demande **place stable**. *Excellentes références.* — Ecrire aux initiales C. H. C., aux soins de M. Papot, à Héricy-sur-Seine (Seine-et-Marne).
(92-1)

Médecin étranger, connaissant *soins de la bouche et différentes obturations*, désire travailler en *France* ou en *Suisse* comme ***OPÉRATEUR*** avant de rentrer dans son pays. Cherche engagement pour le 15 novembre. ***Conditions modestes.*** Docteur M. Leibovici Berlin I Hagelsbergerstrasse I 2e étage.
(91-1)

Divers.

Le docteur A. Bézy de Sainte-Livrade (Lot-et-Garonne) s'offre comme intermédiaire pour procurer, aux lecteurs de *L'Odontologie*, à des prix exceptionnels, d'authentiques pruneaux d'Agen. Lui écrire.
(74-2)

Emplois offerts.

Un **bon opérateur** et *de préférence* un **OPERATEUR-MECANICIEN, patenté ou diplômé**, est **demandé** pour grande ville du littoral méditerranéen. — Ecrire aux initiales J. C. B., aux soins de M. Ed. Papot, à Héricy-sur-Seine (Seine-et-Marne).
(76-2)

On demande un ***OPERATEUR*** *chirurgien-dentiste*, ***diplômé***, d'au moins 30 ans. — *Très belle situation.* — S'adresser 154, boulevard Magenta, à Paris.
(83-2)

On offre à Hanoï (Tonkin) à OPÉRATEUR DIPLOMÉ, *bien au courant de tous travaux de cabinet*, une **excellente situation bien rétribuée**, pour un intérim d'un an. — Voyages d'aller et retour payés de Marseille à Hanoï. — Probabilité *d'association ultérieure*, sans apport de fonds, au retour dans la colonie du détenteur actuel du cabinet en question. — Pour tous renseignements s'adresser à M. J. Houdié, chirurgien-dentiste, 69, rue Alsace-Lorraine, à Toulouse.
(85-2)

On demande comme **AIDE** chez *dentiste américain*, un **OPÉRATEUR** *diplômé de la Faculté de médecine*, **sérieux** et **capable.** — Ecrire aux initiales S. D., aux soins de M. Ed. Papot, à Héricy-sur-Seine (Seine-et-Marne).
(86-2)

BON OPÉRATEUR *diplômé expérimenté, sérieux* et *d'éducation parfaite*, est demandé pour représenter cabinet, dans la *grande banlieue de Paris.* — On donnerait la préférence à un docteur ou à un chirurgien-dentiste, âgé de plus de 30 ans. — Ecrire aux initiales A. P. Z., aux soins de M. Ed. Papot, à Héricy-sur-Seine (Seine-et-Marne). **(87-2)**

On demande un **OPÉRATEUR** *diplômé de l'Ecole Dentaire*, ayant au moins 25 ans et *ayant déjà été assistant*, connaissant à fond tous les travaux de cabinet, tels que : *aurifications, couronnes, ponts* et *émaux.* — Ecrire aux initiales M. D. N., aux soins de M. Ed. Papot, à Héricy-sur-Seine (S.-et-M.).
(93-1).

PETITES ANNONCES

1 fois..... 3 francs | 12 fois (6 mois)..... 25 francs
6 » (3 mois)..... 15 — | 24 fois (1 an)..... 45 —

— la case simple —

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. — Baudry et C^ie^, 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.

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 90 0/0 des élèves présentés

200 FR. DU 9 NOVEMBRE A JUILLET, 2 HEURES PAR JOUR

Cours 1re 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 CROÈS**

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

Les Nouveaux Meubles aseptiques

DE

L. DEGLAIN, Créateur et Fabricant

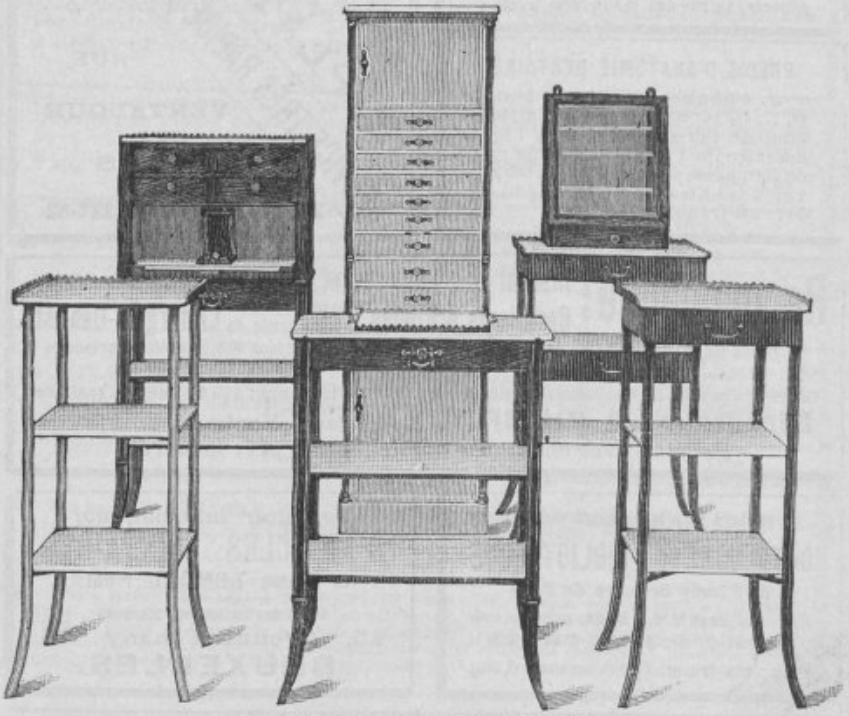
88 et 92, Quai de Jemmapes, PARIS, X^e^

à 3 minutes de la Place de la République, 0^bus^ Station VALMY

Construction partie métallique et partie en Opaline, *brevetée S. G. D. G.* **MEUBLES pratiques** adoptés aujourd'hui dans toutes les installations où l'on désire un aspect toujours propre et sérieux, ***Digne de la profession médicale.***

Ils plaisent à toutes les personnes qui peuvent les voir en nature, les gravures ne les avantagent nullement et ne peuvent en donner qu'un aperçu.

Des références sérieuses sont à la disposition des praticiens qui ne peuvent venir s'en rendre compte en personne.



GROUPE DE MEUBLES

LAVABO tout métallique et opaline

Meuble d'aspect toujours propre

Cuvettes en faïence, blanches et décorées, de toutes formes, avec ou sans dossier en opaline, pour lavabos à eau courante. — **Tonnelets** en verre et **Consoles** en tous genres. — **Vitrines** de chirurgie en cuivre nickelé, ou en fer verni.

EXÉCUTION DES MEUBLES LES PLUS RICHES EN CE GENRE,
OPALINE, VERRES SPÉCIAUX ET DÉCORATIFS, GLACES, ETC.

25e ANNÉE. N° 19 15 OCTOBRE 1905 VOL. XXXIV

L'ODONTOLOGIE

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

TRAVAUX ORIGINAUX

L'ACIDE VANILLIQUE COMME ANESTHÉSIQUE LOCAL

Effets de sa combinaison avec la cocaïne

Par A. AUDY [1],

Professeur suppléant à l'Ecole dentaire de Paris.

(Communication au Congrès de Cherbourg, août 1905.)

I

L'acide vanillique tire son nom de l'*aldéhyde vanillique*. Rappelons, pour fixer les idées, la relation générale, très simple, qui relie les acides organiques aux aldéhydes en établissant une parenté très étroite entre ces deux séries de composés. En effet, par simple fixation d'un atome d'oxygène à l'aldéhyde, effectuée par l'intervention d'une action oxydante appropriée, l'aldéhyde est changée en acide. Comme exemple, citons l'*aldéhyde benzoïque* (essence d'amande amère) qui, dans ces conditions, donne *l'acide benzoïque*, ou l'*aldéhyde cinnamique* (essence de cannelle), qui donne l'acide cinnamique.

1. Pour la partie pharmaceutique, collaboration de C. André, pharmacien, ancien interne des hôpitaux.

$$C^6H^3\begin{cases}OH\\O.CH^3\\COH\ \text{(fonction aldéhyde)}\end{cases} + O = C^6H^3\begin{cases}OH\\O.CH^3\\CO^2H\ \text{(fonction acide,}\end{cases}$$

Aldéhyde vanillique. (Vanilline) — Oxygène. — Acide vanillique.

L'aldéhyde vanillique n'est autre que le principe odorant de la vanille, connu sous le nom de *vanilline*. Primitivement retirée de la vanille, la vanilline est devenue depuis un produit synthétique d'une importance industrielle considérable. Comme point de départ de sa fabrication, on trouve un produit naturel bien connu des dentistes, l'*essence de girofle*. La majeure partie de cette essence sert aujourd'hui à la production de la vanilline.

II

Notre intention n'est point de faire un résumé général de l'histoire chimique de l'acide vanillique. Tout au contraire, nous voulons nous renfermer dans les notions strictement nécessaires à l'explication de ce qui nous a conduits à l'appliquer à l'anesthésie locale. A ce point de vue, il nous faut parler du lien chimique qui rattache l'acide vanillique au gaïacol.

On sait que le gaïacol possède des propriétés anesthésiques incontestables, comme l'ont démontré divers expérimentateurs, principalement Lucas-Championnière, Bazy, Colin [1]. Il détermine une analgésie complète dans les brûlures au second degré ; il a été utilisé avec succès pour l'application des pointes de feu, pour combattre les douleurs de la cystite et pour les opérations de petite chirurgie. Mais le gaïacol offre l'inconvénient d'exiger l'huile comme dissolvant pour l'usage anesthésique, ce qui le rend peu pratique, et rend les expériences de comparaison moins exactes.

1. Just Lucas-Championnière, *Emploi du gaïacol pour l'anesthésie locale*, *Bulletin de l'Académie de Médecine*, juillet 1895, page 146.
Just Lucas-Championnière, *Anesthésie locale par le gaïacol*, *Journal de Médecine et de Chirurgie pratiques*, 1895, page 641.
Gabriel Colin, *Action anesthésique et antiseptique du gaïacol sur la vessie*, *Journal de Médecine et de Chirurgie pratiques*, 1896, page 49.

Quoi qu'il en soit, il existe entre le gaïacol et l'acide vanillique une relation caractéristique. Par simple fixation d'une molécule d'acide carbonique, une molécule de gaïacol donne une molécule d'acide vanillique :

$$\underset{\text{Gaïacol.}}{C^6H^4\begin{cases}OH\\O.CH^3\end{cases}} + \underset{\text{Acide carbonique.}}{CO^2} = \underset{\text{Acide vanillique.}}{C^6H^3\begin{cases}OH\\O.CH^3\\CO^2H\end{cases}}$$

De sorte que l'acide vanillique est l'acide *gaïacol-carbonique*.

C'est la même réaction qui donne l'acide salicylique en partant du phénol. Applicable au gaïacol, elle l'est, d'une manière générale, à tous les corps phénoliques.

La fixation de l'acide carbonique sur le gaïacol laisse intactes les deux fonctions chimiques qu'il possède, auxquelles nous rapportons l'existence des propriétés anesthésiques, savoir : une fonction *phénol* et une fonction *éther-mixte*. Cette même fixation ne détermine qu'un écart assez faible entre les poids moléculaires : la différence est telle que l'acide vanillique renferme les éléments de 75 pour cent de son poids de gaïacol.

$$\underset{\text{Gaïacol.}}{C^6H^4\begin{cases}OH & \text{(fonction phénol)}\\O.CH^3 & \text{(fonction éther mixte)}\end{cases}} \qquad \underset{\text{Acide vanillique.}}{C^6H^3\begin{cases}OH & \text{(fonction phénol)}\\O.CH^3 & \text{(fonction éther mixte)}\\CO^2H & \text{(fonction acide)}\end{cases}}$$

III

L'existence, dans l'acide vanillique, des deux fonctions chimiques du gaïacol, constitue le point essentiel de notre théorie et l'origine de l'application que nous faisons de ce corps à la thérapeutique. Mais, en outre, la constitution chimique de l'acide vanillique permet de prévoir et d'envisager d'autres qualités utiles, et, principalement, son innocuité.

L'acide vanillique, en effet, n'est pas toxique, comme le démontre une expérience sur le cobaye que nous rapportons plus loin. Cette absence de toxicité était prévue par

nous. En thèse générale, on peut dire que les acides organiques sont infiniment moins toxiques que leurs aldéhydes, et qu'ils sont également beaucoup moins irritants. L'exemple de l'acide benzoïque et de l'acide cinnamique, cité plus haut, nous servira encore pour appuyer cette proposition. Or, la vanille n'est pas toxique ; donc, *à priori*, l'acide vanillique pouvait être considéré comme dépourvu de toxicité.

En se combinant aux bases, l'acide vanillique peut intervenir par sa fonction acide seule, ou bien, à la fois, par sa fonction acide et sa fonction phénol. Dans le premier cas, il donne des vanillates monométalliques, dans le deuxième, des vanillates dimétalliques. Pour l'anesthésie locale, nous avons recours au sel double : *vanillate de soude et de cocaïne*.

Pour juger de l'utilité du nouveau sel de cocaïne, il était indispensable de faire la constatation directe des propriétés anesthésiques de l'acide vanillique seul. La prévision théorique ne pouvait suffire et, d'ailleurs, elle était elle-même sujette à une critique sérieuse, par le fait même de la juxtaposition d'une fonction chimique nouvelle aux fonctions existant déjà dans le gaïacol, et de la perturbation qui pouvait en résulter dans les propriétés physiologiques de ce dernier.

IV

C'est sous l'empire de ces considérations théoriques que nous avons abordé les expériences en commençant par la question de toxicité.

Pour cela à un cobaye mâle, pesant environ 450 gr., nous avons injecté (2 avril 1905), dans le tissu cellulaire sous-cutané, au niveau du flanc gauche, et en deux piqûres consécutives, une seringue de Pravaz, soit un cent. cube d'une solution de vanillate de soude titrée à 0,10 centigr. d'acide vanillique pour 1 cent. cube.

Cette injection a été poussée assez lentement, en 10 minutes environ.

L'animal n'a présenté aucun symptôme laissant supposer

une indisposition quelconque à la suite de l'absorption de cette dose considérable d'acide vanillique.

Nous disons : dose considérable. En effet, 1 cent. cube de solution injectée représente 0,10 centigr. de principe actif pour un animal de 450 gr., soit 0,22 centigr. par kilog. d'animal. Rapportée au poids d'un homme, elle correspondra à 15 gr. 50 pour 70 kilog. et à 17,75 pour 80 kilog.

D'où nous avons conclu qu'aux doses thérapeutiques l'acide vanillique n'avait aucune toxicité.

Nous pouvons ajouter que le sujet d'expérience ne s'est jamais mieux porté et qu'il continue à propager sa race pour les expérimentations futures.

Ayant fait, pour cette expérience, deux piqûres de la peau, nous avons constaté, à la première, une résistance réflexe de la part de l'animal et quelques cris de douleur ; pour la seconde injection, faite dans une zone voisine de la première, l'animal est resté passif et muet, d'où nous avons conclu à une action anesthésique manifeste produite par la première injection.

De plus, en essayant la sensibilité de la peau dans les zones atteintes par le produit en expérience, nous avons constaté l'anesthésie complète par le mutisme de l'animal. Cette anesthésie, vu la dose considérable de liquide injecté, est restée manifeste pendant 2 heures à 2 heures et demie après l'injection.

V

Pour confirmer cette action anesthésique, et l'animal ne pouvant décrire ce qu'il ressentait, j'ai poursuivi sur moi-même les expériences et me suis fait, dans le tissu cellulaire de la paroi abdominale, deux injections de quelques gouttes de la même solution vanillique à 1/10.

La première injection faite au point 1 (*figure ci-contre*) a été douloureuse comme toute piqûre de la peau. Aussitôt parvenu dans le tissu sous-cellulaire, j'injecte une goutte : léger phénomène de cuisson durant 2 à 3 secondes. Cette

sensation terminée, je fais cheminer l'aiguille dans la zone injectée : aucune sensibilité. Je pousse le piston pour faire

Image de la surface anesthésiée, d'après le calque.

écouler une nouvelle goutte de solution, le phénomène de cuisson se répète et disparaît aussi rapidement. J'arrive de cette façon à enfoncer presque parallèlement à la peau l'aiguille tout entière de la seringue dans le tissu cellulaire.

La pointe de mon aiguille se trouvait à ce moment (environ trois minutes après le début de l'injection) un peu au-delà du point 2. Je retirai l'aiguille de la plaie et constatai une anesthésie à la piqûre et au pincement de toute la surface de la peau sus-jacente à l'injection et teintée sur le calque.

Je renouvelai, au point 2, une nouvelle injection dirigée dans le même sens et constatai d'abord l'insensibilité à la piqûre de la peau, le cheminement de l'aiguille, dans le tissu cellulaire, anesthésié ; puis, arrivé à une région plus sensible, je poussai une goutte de la solution, qui, après les phénomènes ci-dessus relatés de cuisson, produisit une anesthésie de la région injectée.

Je retirai alors définitivement l'aiguille. Il y avait environ 15 minutes que l'expérience était commencée et j'avais injecté au total 5 divisions de la seringue de Pravaz, soit 1/4 de cent. cube de solution et 0,025 milligr. d'acide vanillique.

Je marquai en couleur les régions anesthésiées et les points de piqûres et j'en pris le calque.

L'anesthésie cutanée se maintint très nette dans la zone entre 1 et 2 pendant 1/4 d'heure, pour décroître ensuite lentement.

Dans la zone au delà de 2, l'anesthésie était encore manifeste 3/4 d'heure après le début de l'expérience ; une heure après, il y avait diminution de la sensibilité.

De cette expérience, doublement personnelle, nous croyons pouvoir conclure :

1° Que l'acide vanillique, sous forme de vanillate de soude, a une véritable action anesthésique ;

2° Que l'anesthésie se manifeste assez rapidement, dès la disparition de la cuisson qui suit l'injection ;

3° Que cette anesthésie est suffisamment persistante pour permettre les opérations et que la durée est en rapport avec la quantité injectée (car la persistance de l'anesthésie dans la zone au-delà de 2 paraît due à une injection relativement plus massive) ;

4° Enfin, que l'acide vanillique est d'une innocuité absolue ; la peau n'a présenté aucun phénomène, ni douleur, ni induration.

VI

Nous avons cru pouvoir, à ce moment, tenter une extraction dentaire après anesthésie à l'acide vanillique.

Un homme de 18 ans environ s'est présenté à la Clinique de l'Ecole dentaire pour se faire extraire les racines d'une deuxième molaire supérieure droite atteintes de périodontite chronique à poussée subaiguë.

La gencive hyperhémiée est en mauvais état et laisse échapper le liquide injecté par de nombreux pertuis. Nous injectons, malgré cela, autour des racines malades, en procédant comme pour les injections de cocaïne, deux seringues de solution vanillique à 1/10 (inutile d'ajouter qu'une grande partie du liquide ressort). Après 2 à 3 minutes nous pouvons parvenir à extraire les trois racines sans faire trop souffrir le malade.

C'était un succès notable, étant donné l'état d'infiltration des tissus dans lesquels nous avions à opérer. Mais désirant obtenir un résultat plus probant, nous proposons au malade de lui extraire tout de suite les deux racines d'une première molaire inférieure du même côté, racine atteintes depuis longtemps de périodontite chronique.

Procédant toujours comme pour les injections de cocaïne, nous injectons autour des deux racines deux cent. cubes de solution vanillique et, deux minutes après, nous enlevons les racines sans provoquer aucune douleur.

Par ces diverses expériences nous avons fait la preuve des propriétés anesthésiques réelles de l'acide vanillique, propriétés prévues et supposées par des considérations théoriques d'ordre chimique.

VII

Nous terminerons cet exposé par quelques réflexions pharmacologiques.

Depuis l'époque où Lucas-Championnière fit connaître à l'Académie (juillet 1895) les faits et les expériences qui établissaient les propriétés anesthésiques du gaïcol, diverses tentatives se sont produites en vue de l'introduction de nouveaux anesthésiques dans la thérapeutique.

Le but poursuivi était toujours le même : remplacer la cocaïne, médicament héroïque, mais toxique, par un agent inoffensif, ou beaucoup moins toxique, et doué de propriétés analgésiques semblables. De même que pour le gaïacol, tous les efforts tentés dans cette voie ont abouti à des insuccès.

La manière dont nous abordons maintenant le problème est toute différente. Nous nous sommes proposé, non plus d'éliminer la cocaïne, mais d'accroître le plus possible son action anesthésique en vue d'obtenir un résultat satisfaisant par la mise en œuvre de doses réduites.

La forme que nous conseillons pour la combinaison avec la cocaïne et le renforcement de son pouvoir anesthésique est la vanillate de soude (monosodique), Voici la formule de notre solution *(Vanil-Cocaïn)*.

Cocaïne pure.....	1 centigr.
Vanillate de soude.....	1 centigr.
Hydrolat de verveine composé.....	1 cent. cub.

La cocaïne se dissout facilement dans l'hydrolat, à la

faveur du vanillate de soude, et entre en combinaison avec ce sel en donnant le *vanillate de soude et de cocaïne*. Dans la formule le vanillate de soude est en excès au point de vue de sa capacité de combinaison à la cocaïne.

Pour renforcer davantage la cocaïne, on peut augmenter la dose de vanillate de soude.

Cocaïne pure.....	1 centigr.
Vanillate de soude.....	2 à 5 centigr.
Hydrolat de verveine composé.....	1 cent. cube

Une remarque au sujet du vanillate de soude et de cocaïne. Nous avons donné la préférence à ce dérivé plutôt qu'au vanillate simple de cocaïne, en raison de l'alcalinité légère qu'il possède et de la diffusibilité qu'il acquiert de ce fait quand on l'injecte dans les tissus.

Quant au choix d'un véhicule aromatique, il résulte de la connaissance du pouvoir antiseptique considérable des essences, pouvoir antiseptique établi par les recherches de Chamberland [1], et celles de Cadéac et d'Albin Meunier [2], ainsi que par les essais cliniques de Lucas-Championnière [3]. Le principe de l'association médicamenteuse pour l'accroissement de l'effet thérapeutique a été appliqué ici en rangeant autour de la verveine plusieurs essences non irritantes et dont l'odeur douce et spéciale ne pouvait créer d'obstacle à l'emploi en chirurgie dentaire.

L'hydrolat de verveine composé rend la solution antiseptique et inaltérable.

---

1. Chamberland, *Les essences comme antiseptiques*, Annales de l'Institut Pasteur, 1887, page 153.
2. Cadéac et Meunier, *Action antiseptique des essences*, Annales de l'Institut Pasteur, 1889, p. 137,
3. Lucas-Championnière, *De l'emploi des essences comme topiques en Chirurgie*, Journal de Médecine et de Chirurgie pratiques, 1893, page 403.

TUMEURS DES MAXILLAIRES

Par O. AMOEDO.

Professeur à l'Ecole odontotechnique.

(Communication au Congrès de Cherbourg, août 1905.)

La lutte entreprise un peu partout contre les tumeurs cancéreuses et le peu de résultats obtenus jusqu'ici ont cependant fait aboutir à cette conclusion très ferme qu'il est utile pour le malade qui en est atteint de recourir au chirurgien dès le début de la maladie. Que de fois n'avons-nous pas entendu nos maîtres des hôpitaux déclarer leur intervention armée inutile, parce que le malade était venu trop tard! Un diagnostic hâtif d'une tumeur est donc, en général, d'une grande utilité. C'est là une notion vraie pour toutes les régions de l'organisme, mais vraie surtout pour les tumeurs des maxillaires.

Il ressort de ces idées que le dentiste, qui, par la nature de ses fonctions, inspecte, dans toutes ses parties, la bouche de ses patients, — rebord gingival, corps des maxillaires — doit être à même de noter la moindre irrégularité ou néoformation des parties, et peut avertir le malade dès le début d'une affection de ce genre. Le dentiste devient donc ainsi pour le chirurgien un collaborateur important. Muni d'un bagage scientifique sérieux, il est capable de dépister les tumeurs des maxillaires au début. Je ne dis pas qu'il pourra toujours faire un diagnostic exact, car nous verrons que celui-ci est difficile parfois, mais l'attention du malade sera éveillée, et il pourra recourir aux soins du chirurgien. Nous avons, lors d'une communication au Congrès d'Ajaccio (1901) sur les épulis, et cette même année 1905 dans les *Items of Interest,* page 801, *Étude sur les épulis,* indiqué les tumeurs justiciables des moyens opératoires que possède le dentiste. Les tumeurs des maxillaires en général nécessitant des interventions larges, des débridements sérieux sont du domaine direct de la chirurgie générale. Nous avons cependant trouvé utile de présenter une revue

de ces tumeurs, que l'examen des dents peut nous permettre de rencontrer. Nous le ferons en simplifiant le plus possible un sujet qui est d'une grande difficulté, afin de présenter à nos confrères une vue d'ensemble des tumeurs soit liquides, soit solides qui peuvent affecter les maxillaires.

Nous ne connaissons pas de travail d'ensemble récent spécialement consacré aux tumeurs des mâchoires. La question se trouve exposée dans les traités de chirurgie et manuels spéciaux. Nombre des ouvrages destinés au dentiste ne contiennent que des notions sommaires sur ce point. C'est à tort, à notre avis, car toute la pathologie buccale doit intéresser le dentiste, soit qu'il puisse agir lui-même (épulis), soit qu'il puisse conseiller à son patient de recourir le plus vite possible aux soins du chirurgien.

Le livre le plus complet sur la question, bien qu'un peu ancien, est l'ouvrage de Christophe Heath, qui fut couronné en 1869 par le Collège Royal des chirurgiens d'Angleterre (*Lésions et maladies des mâchoires*).

I° Tumeurs liquides. Kystes des machoires.

Magitot, Malassez et Albarran ont consacré à ces tumeurs liquides d'importantes monographies. On peut consulter aussi la thèse de E. Laforesterie (1886) *kystes dentaires*, celle du Dr Paul Scharff (1902) « kystes paradentaires du maxillaire supérieur » et le travail publié dans le courant de l'année par notre ami le professeur Angelo Chiavaro : « kystes paradentaires ».

Suivant qu'elles sont formées aux dépens d'une dent complètement développée ou qu'elles prennent leur origine dans un arrêt de développement du follicule dentaire, on les divise en kystes *uniloculaires* (folliculaires et alvéolo-dentaires). Une autre variété est constituée par les kystes *multiloculaires*.

1° *Kystes uniloculaires.*

Ces kystes se divisent en deux groupes : les *kystes folli-*

culaires, liés à un arrêt de développement du follicule dentaire, les kystes *des racines* ou alvéolo-dentaires, formés aux dépens d'une dent adulte.

Les kystes *folliculaires* peuvent présenter un contenu variable suivant la période de développement à laquelle ils se produisent. A la période embryoplastique ils sont liquides (kystes séreux, kystes mélicériques, kystes butyreux); à la période odontoplastique, ils contiendront de l'ivoire et de l'émail. Ces deux variétés sont rares d'ailleurs, les plus fréquents sont ceux de la période coronaire. La couronne est formée, mais atrophiée et située dans l'intérieur du kyste.

Les kystes alvéolo-dentaires sont appendus aux racines des dents ; ils sont connus depuis longtemps.

Quelle que soit sa variété, le kyste est difficile à diagnostiquer tant qu'il est encore enfermé dans l'épaisseur de l'os. Celui-ci cependant peut être aminci et donner à la pression une sensation spéciale, sensation parcheminée (Dupuytren). Plus tard, il peut y avoir de la fluctuation. Au niveau de la tumeur, la muqueuse peut être congestionnée. Dans le cas ordinaire, il n'y a pas de déformation de la face ; les ganglions ne sont jamais engorgés.

Les kystes sont des tumeurs à marche très lente, et les malades ne consultent souvent qu'après un temps très long. On les distinguera des autres tumeurs des mâchoires et surtout des tumeurs malignes par leur marche lente, leur force bien délimitée, l'absence de douleur et d'engorgement ganglionnaire.

Ils diffèrent des odontomes par leur siège : ceux-ci affectent d'ordinaire le maxillaire inférieur surtout au niveau des molaires, les kystes uniloculaires siègent en haut et au niveau des incisives et des canines. De plus, tandis que le kyste ne s'oppose pas à l'éruption des dents voisines, l'odontome arrête cette éruption et même celle des dents voisines.

Le kyste enfin est toujours à une certaine distance du bord alvéolaire ; l'odontome se dirige vers la muqueuse gingivale.

La distinction entre le kyste folliculaire et le kyste alvéolo-dentaire se fera par l'absence dans le premier cas de la dent normale correspondante.

L'ablation de la dent ou de la racine ou l'ouverture du kyste constitueront les divers procédés de traitement.

2° *Kystes multiloculaires.*

C'est la *maladie kystique du maxillaire* des auteurs anglais, qu'il ne faut pas confondre avec le cystosarcome.

Ces kystes occupent souvent toute la branche montante du maxillaire et déforment considérablement les parties.

Ils nécessitent parfois la section de la branche montante ou même la désarticulation.

II° Tumeurs solides.

Les variétés principales que nous passerons en revue sont les odontomes, les fibromes, les enchondromes, les ostéomes, les sarcomes, les myomes et les épithéliomes.

1° *Odontomes.*

Ces tumeurs sont bien connues depuis le magistral travail de Broca (*Traité des tumeurs*). Elles sont constituées par des tissus dentaires en proportion variable et à un degré différent de leur développement. Elles naissent des germes dentaires ou des dents en voie d'évolution.

On les divise, d'après le développement des dents, en odontomes embryoplastiques, odontoplastiques, coronaires et radiculaires.

Étiologie. — Ces tumeurs apparaissent, en général, sur les grosses molaires, et très rarement sur les autres dents.

Comme elles sont liées au développement du système dentaire, elles ne peuvent se montrer lorsque celui-ci est terminé. C'est donc une affection propre au jeune âge.

Les causes de leur développement sont mal connues et doivent résider dans des troubles de la nutrition générale.

Symptomatologie. — Ces tumeurs sont indolores dans un très grand nombre de cas. Aussi, lorsqu'elles sont encore enfermées dans les maxillaires, rien ne vient trahir leur présence.

Leur premier symptôme est donc leur apparition. On voit

alors, au niveau des grosses molaires, apparaître une masse plus ou moins volumineuse, occupant l'espace réservé à une ou plusieurs dents. La gencive, d'abord soulevée, finit par s'amincir à tel point que la pression laisse percevoir la coque osseuse de l'odontome.

Par suite de son développement, la tumeur peut irriter les tissus voisins, et provoquer une inflammation. C'est d'ailleurs la seule complication que cause cette variété de tumeurs et elle diffère en cela des tumeurs malignes.

Diagnostic. — Facile lorsque la tumeur a perforé la gencive et fait son apparition sur le rebord alvéolaire, le diagnostic ne laisse pas de présenter de sérieuses difficultés lorsque l'odontome est encore inclus dans le maxillaire. A cette période, en effet, il peut être confondu avec le kyste dentaire. Cependant, il est un point important que le dentiste et le chirurgien ne doivent point oublier, c'est le début de cette tumeur et sa nature. L'odontome est constitué par une hypergénèse des tissus dentaires, pendant leur période de développement. Toutes les tumeurs qui apparaîtront après ce développement ne seront point des odontomes.

Lorsque la tumeur aura plus tard produit une inflammation périphérique, on pourra penser à des exostoses ou à des séquestres des maxillaires. Mais la marche en général torpide des odontomes a une allure caractéristique.

Traitement. — Le traitement consiste dans l'ablation. S'il s'agit d'un odontome coronaire ou radiculaire, on enlèvera la dent qui le porte. La résection partielle de la mâchoire s'impose dans les autres cas, après avoir ruginé les parties osseuses voisines.

2° *Fibromes.*

Ce sont des tumeurs formées de tissu conjonctif, naissant soit des os, soit du périoste; donc deux variétés principales : fibromes centraux, fibromes périostiques.

Nous ne ferons que citer les premiers, qui sont plus fréquents à la mâchoire inférieure qu'à la supérieure, et qui atteignent un énorme développement.

Parmi les fibromes périostiques, plus rares encore, il est une variété qui proémine dans la bouche, en prenant naissance au rebord alvéolaire dans un espace interdentaire et constitue les épulis. Nous avons antérieurement (Association française pour l'Avancement des sciences, Ajaccio 1901) présenté une étude d'ensemble de ces tumeurs très intéressantes pour le dentiste, qui, les voyant apparaître et les constatant dès leur origine, est capable de les traiter avec succès.

Nous ne ferons donc ici que rappeler leurs caractères principaux. Elles naissent de la gencive entre deux dents, ou d'un alvéole vide, et ont une base d'implantation, tantôt large, tantôt très mince. Tous les tissus de la gencive prennent part à leur formation.

Étiologie. — Leurs causes sont mal connues bien qu'on s'accorde en général à reconnaître une certaine influence aux traumatismes et en général à toutes les causes d'irritation locale.

Diagnostic. — Il est difficile dans les fibromes centraux tant qu'ils restent inclus dans l'épaisseur de l'os ; plus tard, il se produit une déformation spéciale des parties et un amincissement de l'os, qui mettent sur la voie du diagnostic (crépitation parcheminée).

Les fibromes périostiques (épulis fibreux) sont d'un diagnostic plus facile. Dans certains cas, on a signalé la transformation de ces tumeurs en sarcome. En général, cependant, cette transformation est plutôt rare, mais on peut observer des ulcérations produites par le frottement des dents.

On les distinguera donc des tumeurs malignes par la marche plus lente, l'absence d'envahissement des tissus voisins et le manque de douleurs et d'engorgement des ganglions. Enfin, ce sont des tumeurs qui appartiennent au jeune âge.

3° *Enchondromes.*

Ces tumeurs, plus rares que les précédentes, apparaissen

dans la jeunesse et naissent de la surface de l'os ou du sinus maxillaire. Elles progressent sans interruption pour acquérir un développement énorme. Elles produisent une résorption de l'os maxillaire. Heath en rapporte des cas intéressants par leur marche et par leur volume.

L'évolution des enchondromes est lente et indolore dans la première partie. Plus tard il se produit des névralgies dentaires et les dents ébranlées finissent par tomber. La déformation considérable des parties est susceptible de provoquer des troubles respiratoires ou masticatoires. Les enchondromes sont composés de tissu cartilagineux, qui peut en certains points, se transformer en tissu osseux. Leur consistance est donc plus ou moins dure. Ils se distinguent des tumeurs malignes par le manque d'engorgement ganglionnaire, et la conservation de la santé même chez des sujets qui en sont atteints depuis longtemps.

Le traitement consiste dans l'extirpation, qui doit être totale autant que possible et pratiquée avant une généralisation trop considérable.

4° *Sarcomes.*

Ce sont les tumeurs les plus fréquentes des maxillaires ; ils se divisent en *sarcomes centraux* et *sarcomes périostiques,* auxquels il convient d'ajouter les formes qui naissent sur le bord gingival et constituent des épulis.

Les sarcomes centraux naissent à l'intérieur des os maxillaires et en perforent rapidement les lames. La variété la plus fréquente est le sarcome myéloïde. Celui-ci est bien connu depuis les travaux de Robin, Paget et Nélaton. Son siège d'élection est le niveau des bords alvéolaires des os maxillaires. Il apparaît d'ordinaire avant vingt-cinq ans. Heath en rapporte deux cas survenus chez deux femmes de 21 ans et de 24 ans. Il peut être enkysté, ou bien, au contraire, diffus et sans démarcation précise avec l'os voisin.

Les tumeurs à myéloplaxes sont formées d'un tissu rouge brun, et présentent une quantité considérable de plaques à

noyaux multiples avec de nombreuses cellules embryonnaires à côté.

La deuxième variété est constituée par le sarcome périphérique qui est rarement une tumeur à myéloplaxe ; souvent même on voit des aiguilles osseuses partir de cette tumeur et se fixer aux parties osseuses voisines.

L'épulis sarcomateuse naît d'un alvéole ou des racines dentaires. Cornil et Ranvier en donnent les caractères histologiques suivants : « Les épulis sont tantôt des sarcomes myéloïdes, tantôt des sarcomes ossifiants. Ces tumeurs, recouvertes par la muqueuse buccale, présentent au milieu de leur masse ou à leur périphérie des trabécules osseuses, plus ou moins complètes sous forme de rayons s'éloignant de leur base d'implantation ou irrégulièrement disposées. Ces trabécules sont entourées de toutes parts d'un tissu conjonctif à cellules fusiformes, plus ou moins riche en myéloplaxes ; elles offrent dans leur intérieur de véritables corpuscules osseux à prolongement anastomotiques bien nets, mais moins nombreux, plus larges, d'habitude, que ceux du tissu osseux physiologique. » A la périphérie de ces trabécules osseuses, il n'est pas rare de voir des cellules jeunes situées à moitié dans le tissu médullaire et englobées par moitié dans l'os, dont on surprend ainsi le développement. Enfin des travées osseuses en voie de formation, qui sont toujours implantées sur l'os ancien, se dégagent des fibres rigides. Ces fibres, fibres arciformes de l'encoche d'ossification, fibres de Sharpey, quand elles sont comprises dans l'épaisseur de l'os, sont parfois en si grand nombre dans les épulis, qu'elles forment alors la plus grande partie de ces petites tumeurs. Nous avons dit que ce sont des tumeurs du jeune âge et même de l'enfance.

Symptômes. — A la première période, il n'existe qu'un gonflement léger du maxillaire, s'il s'agit d'un sarcome central ; la tumeur est mieux limitée, s'il s'agit d'un sarcome périphérique. A une période plus avancée, les lames osseuses étant rompues, on reconnaîtra qu'il s'agit d'une tumeur myéloïde, et l'on trouvera une masse de couleur rouge, molle,

très vascularisée, parfois avec des battements. Heath en rapporte plusieurs cas tout à fait comparables à des tumeurs érectiles. Les autres variétés ont une consistance variable dure à certains endroits, molle à d'autres, puisqu'ils peuvent présenter des kystes dans l'intérieur de leur masse.

Le diagnostic de ces tumeurs présente de grandes difficultés au début, surtout pour la forme intra-osseuse. Elles peuvent être confondues avec des kystes, ou avec des fibromes, des ostéomes et des chondromes ; lorsque la tumeur marche rapidement il y a déjà des présomptions de sarcome. Une fois les lames osseuses résorbées, le diagnostic est plus facile. Cependant, il sera parfois nécessaire de recourir à des ponctions exploratrices pour diagnostiquer le sarcome et le distinguer d'un kyste multiloculaire ou d'un cystosarcome.

Au point de vue diagnostic, il n'est pas douteux qu'il faut faire jouer un grand rôle à la marche et aux complications. Les sarcomes évoluent presque toujours rapidement, envahissent les ganglions lymphatiques et produisent parfois de très vives douleurs. Le volume considérable qu'ils peuvent atteindre cause des ulcérations et des hémorragies. S'il y avait des battements dans ces tumeurs, comme cela a déjà été observé, on n'obtiendrait pas cependant la réduction comme dans les tumeurs érectiles vraies.

C'est dans cette variété de tumeurs surtout qu'il est important d'agir vite et par conséquent d'avoir un diagnostic de bonne heure. On peut dire que la vie du malade en dépend. Le dentiste qui apercevra donc dès la première période de son développement une tumeur du maxillaire devra en avertir son malade afin d'établir une surveillance constante sur ce point. A ce stade, le diagnostic sera difficile, mais il devra toujours être établi.

Le traitement consiste dans l'ablation de la tumeur. Cette intervention doit être largement faite et sera d'autant plus facile que la tumeur sera de plus petit volume.

5° *Myomes.*

Ce sont des tumeurs bénignes pouvant devenir très volumineuses. Le myome pur est rare, et le plus souvent il s'agit de myo-fibrome ou myo-sarcome. Malgré leur volume, ces tumeurs ne s'ulcèrent pas et n'amènent pas de complications du côté des ganglions.

6° *Épithéliomes.*

Cette tumeur apparaît chez les individus âgés et se distingue ainsi des variétés précédentes. Il en existe plusieurs catégories.

On a décrit des épithéliomes qui naissent au niveau des gencives et constituent les épulis épithéliales que nous avons décrites antérieurement.

Une autre variété signalée par Verneuil et bien étudiée par Reclus est caractérisée par un envahissement extrêmement rapide du maxillaire supérieur. Cette forme se développerait aux dépens des débris épithéliaux décrits par Malassez.

Symptômes et diagnostic. — Ces tumeurs causent dès le début de vives douleurs. Leur aspect, leur consistance molle, les hémorragies qu'elles causent, les ulcérations, les engorgements ganglionnaires et l'altération de la santé du malade permettent d'établir le diagnostic.

Le traitement devra être appliqué de bonne heure. L'ablation de la tumeur ne doit pas suffire, il faut pratiquer une large résection osseuse, ou même une désarticulation d'une des branches montantes du maxillaire inférieur.

Conclusions.

Cette revue rapide des tumeurs des maxillaires montre que le diagnostic est en général entouré de difficultés. Cependant, si l'on divise les tumeurs en bénignes et malignes, au point de vue pronostic, il est de la plus haute importance d'arriver rapidement à une intervention.

Il ne faut pas compter sur le traitement médical.

Nous avons exposé ailleurs nos idées sur le traitement

par le dentiste de certaines épulis ; nous compléterons ce que nous avons dit, en concluant que la connaissance des diverses tumeurs des mâchoires est du plus grand intérêt et de la plus grande utilité pour notre profession.

Le dentiste, de par ses fonctions, peut ainsi attirer l'attention du malade sur une tumeur au début et permettre au chirurgien de pratiquer son intervention, à une époque de la maladie où toutes les chances de guérison sont en sa faveur.

Nota. — *L'abondance des matières n'a pas permis la reproduction de toutes ces figures.* N. D. L. R.

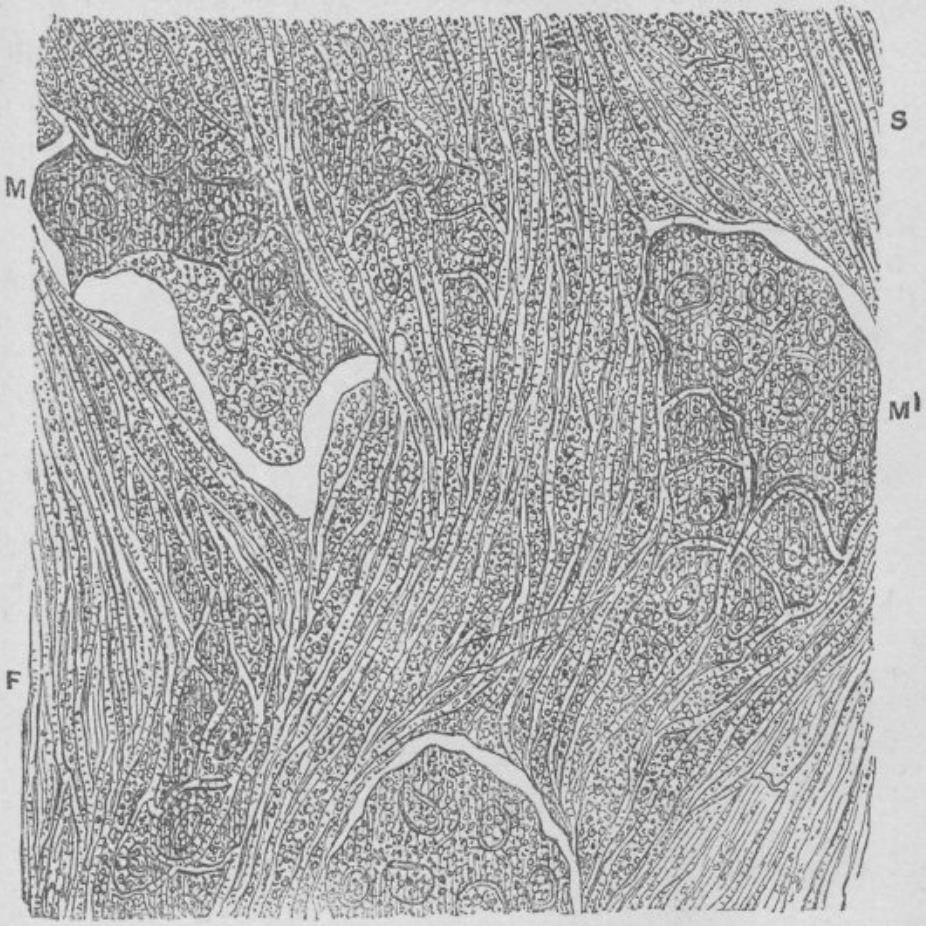


Fig. 3. — Fibrome.

Cette tumeur de la région alvéolaire du maxillaire supérieur du volume d'une petite noix se développa chez un homme de 20 ans. Cette coupe est faite à la base de la tumeur ; elle renferme des corps multinucléaires, dits cellules géantes.

Fig. 6. — Angiome lobulaire gingival.

E P. Epithélium stratifié dont la colonne épithéliale, vers le côté droit, est en état de tranformation en corpuscules médullaires. E N. Couche endothéliale traversée par des faisceaux rayonnants de fibres conjonctives très fines. C. Vaisseaux sanguins capillaires dans la couche endothéliale. L L. Lobules composés principalement de vaisseaux sanguins capillaires + 200 diamètres.

Cette tumeur, du volume d'une petite noix, fut enlevée de la bouche d'un enfant de 11 ans. Elle était implantée entre l'incisive latérale et la canine droite inférieure au moyen d'un mince pédicule. Sa surface était légèrement lisse et un peu lobulée ; sa consistance plutôt molle et facilement compressible. Sa coloration était rouge foncé. La pression par le doigt la faisait pâlir et la réduisait de volume ; mais aussitôt la pression finie, la tumeur recouvrait sa forme et sa couleur. Trois mois avant on avait enlevé une tumeur semblable au même endroit, elle s'était reproduite avec une rapidité alarmante, gênant le malade, mais sans le faire souffrir. Une coupe verticale au milieu de la tumeur révéla ce fait qu'elle était composée de vaisseaux sanguins et que la surface et l'intérieur possédaient une structure différente. Cette première partie (fig. 6) présente la forme lobulaire, tandis que la deuxième partie (fig. 7) présente la forme caverneuse.

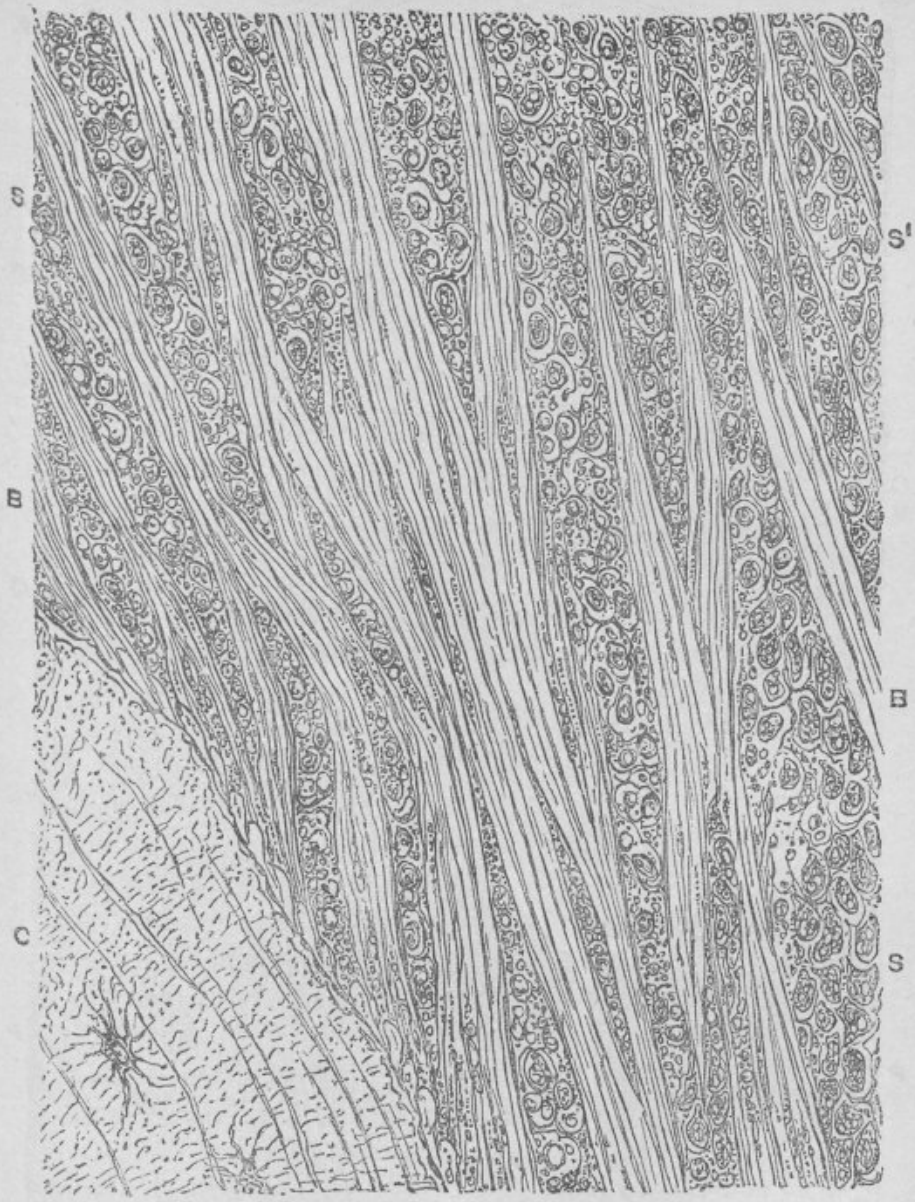


Fig. 10. — Fibro-myélome (fibro-sarcome).

Cette tumeur se développa chez un homme de 25 ans, dans l'espace de trois années. Elle occupait le côté droit du maxillaire supérieur et pénétrait dans l'antre d'Highmore. Les dents étaient presque toutes devenues très mobiles et étaient tombées ; seules la 2e et la 3e molaire restaient en place et elles étaient presque enfoncées dans une masse rouge foncé qui formait la tumeur. Le maxillaire supérieur fut extirpé en entier, et cette figure montre une coupe faite au niveau d'une des dents restantes. A la partie gauche, au bas de la figure on voit en C. le cément et l'on distingue le ligament envahi par les corpuscules sarcomateux.

B B. Faisceaux de fibres de tissu conjonctif. S S. Amas de corpuscules myxo-mateux, entre les faisceaux conjonctifs. S. Transformation des faisceaux en tissu myxo-mateux, avec rares traces des faisceaux + 200 diamètres.

Fig. 14. — Epithéliome.

Cette tumeur se développe aux dépens de la muqueuse de l'antrum chez un homme de 40 ans.

C. Fibres délicats de tissu conjonctif envahies par des c orpuscules cellulaires. V. Vaisseaux capillaires sanguins dans le tissu conjonctif. E E. Amas épithéliaux formés par de l'épithélium plat, placé concentriquement. P P. Perles cancéreuses composées d'épithélium modifié + 200 diamètres.

LES CHARLATANS

Par J. CHATEAU, de Grenoble,
Secrétaire général de la Société Dauphinoise d'Odontologie.

(Suite et fin[1]*.)*

Quand la parole est insuffisante, le charlatan passe de la théorie à la pratique. A un signal convenu, un compère s'avance du milieu de la foule. Il souffre horriblement des dents. On est obligé de l'aider pour gravir les marches de la voiture. « Voyez, mesdames et messieurs, ce pauvre misérable qui souffre le martyre. Je vais avoir l'honneur de le soulager radicalement et subitement ici même en votre présence, en lui arrachant ses dents. »

Mouvement d'effroi du compère. L'orateur l'apaise :

« Rassurez-vous, jeune homme, et soyez sans inquiétude. Une simple application de mon baume ; et, au lieu de la douleur effrayante, vous ressentirez une paix si profonde qu'il vous semblera être en paradis. »

Puis s'adressant à la foule attentive :

« Remarquez bien, messieurs et mesdames, que, pour faire ces opérations très difficiles et sanglantes, je n'ai recours à aucun instrument compliqué. Il suffira que j'effleure les dents avec ce sabre, arme d'honneur qui me fut donnée en signe de reconnaissance par un illustre potentat, Sa Majesté impériale et royale le roi de Transylvanie. »

La foule est haletante, l'émotion est à son comble et c'est un vrai délire quand on voit les dents sauter les unes après les autres pendant que le patient conserve un aimable sourire sur les lèvres.

Or, les dents sont des dents artificielles préalablement ajustées dans la bouche. Un peu d'eau fortement colorée en rouge simule le sang. Et pendant que le charlatan triomphant fait remarquer que l'hémorragie est insignifiante, il vend force boîtes de son baume.

1. V. *L'Odontologie* du 30 septembre, p. 283.

Si par hasard un vrai patient monte sur la voiture, notre homme ne perd pas la tête. Pendant que l'orchestre attaque un pas redoublé, il profite de la stupeur du bonhomme et d'un coup brusque, violent, il casse la dent au-dessous de la gencive ; puis pendant que le malheureux, encore tout sidéré, assourdi par l'éclat des trompettes, descend à tâtons en se tenant la joue, le charlatan montre triomphalement à la foule une dent saignante qui était dissimulée à portée de sa main.

Lorsqu'il veut frapper un grand coup, il ajoute à la dent des vers qui proviennent, dit-il, de cette même dent. L'effet est considérable et la recette ne l'est pas moins.

Voici encore un stratagème assez bien imaginé et qui sort du banal.

Un étranger se présente un jour de fête dans l'auberge la plus importante de la localité. Il est mis avec recherche et s'exprime avec autorité. Aussi tout le personnel est empressé autour de lui ; toute l'assistance, qui est nombreuse, regarde avec ébahissement ce personnage qui doit évidemment occuper une situation élevée : ce doit être un ambassadeur, tout au moins, sinon un prince étranger.

On sert à ce Monsieur un excellent dîner ; mais à peine y a-t-il touché qu'il se livre aux gestes les plus expressifs, se tenant la mâchoire, frappant du pied et poussant des soupirs à fendre l'âme.

Chacun s'empresse et veut lui porter secours. « Qu'avez-vous ? Où souffrez-vous ? » — « Une dent, c'est une dent. Oh quel supplice de damné ? Et voici quinze ans que cela dure ! Si au moins j'avais le courage de la faire arracher, mais la seule pensée du baume d'acier me donne la chair de poule. »

Chacun s'apitoie sur les douleurs de ce pauvre homme. Sur ces entrefaites, et comme par hasard, un charlatan fait son entrée dans la salle de l'auberge.

Sa voiture vient précisément de s'arrêter devant la porte ; et, avant de commencer à faire son boniment sur la place, il vient prendre un petit verre, assis modestement dans un

coin de la salle. En entendant les soupirs de l'étranger, il avance vers lui : « Oserai-je vous demander, monsieur, où se trouve le siège de la souffrance que vous paraissez éprouver ? » — « Hélas ! c'est une dent qui me fait souffrir le martyre. Il n'y a rien à faire. Tous les remèdes que j'ai employés jusqu'à ce jour ont été inutiles. »

« Eh bien, moi, monsieur, reprend le charlatan, en souriant d'un air de suffisance, je prétends vous guérir en moins d'une minute. »

Et, sur un geste de refus : « Laissez-moi tout au moins essayer. » Tirant alors un petit paquet de sa poche, il y puise un peu de poudre blanchâtre qu'il délaye dans un demi-verre d'eau. « Maintenant, monsieur, veuillez tremper un coin de votre mouchoir dans ce mélange et l'appliquer ensuite sur la dent malade. »

A peine l'étranger s'est-il conformé à cette prescription qu'il s'écrie : « Mais c'est extraordinaire, prodigieux, merveilleux, miraculeux ! Je ne souffre plus, la douleur a disparu comme par enchantement. » — « Je vous l'avais bien dit, reprend le charlatan ; et ce qu'il y a de plus admirable, c'est que jamais plus cette dent, cariée pourtant jusque dans la racine, ne vous fera souffrir de votre vie. » — « Monsieur, dit alors l'étranger, ma reconnaissance n'aura pas de bornes, mais je voudrais bien me procurer ce petit paquet. En voulez-vous 20 fr., 30 fr., 40 fr. ? » Ici la physionomie du charlatan devient froide et digne. « Monsieur, je pourrais vivre riche et honoré : mais par amour pour l'humanité, et par suite d'un vœu, je m'emploie à soulager les souffrances de mes semblables. Vous me paierez ce paquet le prix que je le vendrai tout à l'heure aux bons habitants de ce pays : 50 centimes ! » — « Je vous admire et je n'insiste pas, reprend l'étranger, mais vous me ferez au moins l'honneur de partager mon repas. »

Cette gracieuse invitation est naturellement acceptée, et une heure après, l'orchestre installé sur la voiture commence à se faire entendre, tandis que la scène de l'auberge s'étant ébruitée, des centaines de mains impatientes se ten-

dent vers le charlatan qui, impassible, sans se presser, vend tous ses paquets en cinq minutes, et repart pour rejoindre son compère qui l'attend sur la route [1].

A quelques jours de là, si un paysan, pris d'une rage de dents, veut se servir du remède infaillible, il a beau délayer le paquet tout entier, la douleur continue. Il n'a d'autre consolation que de jurer, mais un peu tard, qu'on ne l'y prendra plus.

Mais comme la bêtise humaine est une mine inépuisable, il y a gros à parier que notre homme se laissera prendre quelque temps après au boniment d'un Monsieur en habit noir et cravate blanche qui, assis dans un landeau correct, d'énormes brillants aux doigts, montrera aux badauds un tableau de médailles obtenues aux Académies de Tombouctou et de Pondichéry, aux expositions de Constantinople ou de Barbarie.

Dans un flacon recouvert d'une étiquette merveilleuse, flanquée d'un sceau suspendu à un large ruban, le charlatan vend de l'eau colorée ou même de l'eau claire à laquelle il prête bénévolement toutes les vertus curatives.

Il prétend que la formule de sa composition lui vient de son arrière-grand-oncle, un moine fameux qui mourut en odeur de sainteté et qui connaissait tous les secrets de la nature.

Ainsi donc, en conséquence d'un vœu, le charlatan s'est donné la mission de répandre sur l'humanité souffrante les bienfaits inestimables de cette eau claire, qu'il baptise de noms différents suivant les spécialités différentes qu'il vend aux badauds : Vulnéraire miraculeux des Moines du Mont Thabor ; Liqueur souveraine des R. P. déchaussés de Jérusalem ; Elixir de saint Thomas de Patagonie ; Tisane reconstituante et dépurative de l'Abbaye de Thélèmes.

C'est l'éternelle histoire de l'exploitation éhontée de la bêtise humaine ; et cela durera, suivant toutes apparences, autant que le monde lui-même.

---

1. *Dictionnaire Larousse.*

Les Charlatans actuels.

Existe-t-il encore des charlatans ?

Oui, si l'on entend par là les pseudo-dentistes n'ayant pas d'existence légale, parcourant les campagnes en vendant des spécifiques infaillibles, des poudres merveilleuses, cautérisant le nerf dentaire dans l'oreille, et en fin de compte, cassant plus ou moins les dents avec une mauvaise clé.

Je dois ajouter que, grâce aux efforts des syndicats professionnels, ils deviennent de plus en plus rares, car ils sont poursuivis et condamnés pour exercice illégal de la médecine.

Le souci de la vérité nous oblige toutefois à reconnaître que, trop souvent, le public des campagnes, toujours avide d'étrange et de merveilleux, entoure d'une certaine auréole les charlatans qui, de leur côté, s'ingénient à entretenir les préjugés, à flatter les manies populaires pour les exploiter et en tirer un gros bénéfice. Seule, l'éducation du peuple arrivera peu à peu à l'éclairer sur ses véritables ennemis.

Quoi qu'il en soit, il est bon que le public soit mis en garde contre leurs agissements. Si vous voyez ces individus rendre blanches en quelques instants des dents couvertes de tartre, même de tartre vert si tenace, soyez sûrs qu'ils se sont servis d'acide chlorhydrique dilué ou de chlorure de chaux. Résultat : l'émail est attaqué directement ; ces dents, malgré leur belle apparence actuelle, sont vouées fatalement à une carie prochaine et rapide. Des nuits entières de souffrances terribles viendront faire payer bien cher au pauvre patient le sourire de satisfaction qu'il a maintenant sur les lèvres en voyant ses dents si merveilleusement blanchies.

Ces poudres que l'on vous vend à grand renfort de réclame contiennent du corail, de la pierre ponce, de l'alun qui vont également attaquer l'émail. Le résultat sera le même que plus haut, mais à plus longue échéance.

Si le charlatan doit extraire une dent, il ne perd pas de

vue qu'il va opérer pour la galerie et qu'en conséquence, il doit faire vite, brillamment, en une seconde, en un clin d'œil. En conséquence. le plus souvent, il casse la dent au niveau de la gencive, quitte à montrer aux badauds ébahis une dent saignante qu'il tient dans la main gauche, avec ou sans accompagnement de vers dentaires. La pulpe, sidérée par la section brusque, reste indolore pendant quelques instants, puis commence à faire mal. Le patient croit que la douleur est normale, mais il doit bientôt déchanter, car la pulpe est maintenant à nu. Le froid, le chaud, le contact de la langue, l'inspiration de l'air causent des douleurs épouvantables ; c'est un véritable martyre qui dure plusieurs jours.

Outre le danger permanent d'infection que constituent ces extractions pratiquées avec des instruments malpropres, pouvant transmettre différentes maladies et entre autres la syphilis, on observe des accidents fréquents : ébranlement des dents voisines, fractures de bord abvéolaire ou du maxillaire lui-même.

C'est ainsi qu'il n'est pas rare, en pratique professionnelle, de voir des malades, qui viennent consulter le chirurgien-dentiste, se plaindre d'une suppuration persistante. Il s'agit d'infections septiques, de nécroses graves du maxillaire, même de fractures partielles ou totales. Si l'on interroge ces gens, il y a gros à parier qu'ils vous raconteront qu'ils se sont fait enlever une dent à la foire de leur pays, ou au passage d'un charlatan.

J'ai observé une nécrose étendue consécutive à une extraction faite par une religieuse. Et cependant, c'était à Paris où la patiente n'avait certainement pas d'excuse, puisqu'elle aurait pu aller dans une clinique, à l'hôpital ou à l'École dentaire. Seulement, tout ce qui a une allure religieuse paraît dépourvu de danger. Vous verrez même certaines personnes antialcooliques prétendre que les liqueurs alcooliques fabriquées par des moines ou des religieuses ne sont pas dangereuses pour la santé. Elles le sont tout au moins autant que si elles étaient fabriquées par des laïques, puis-

qu'elles contiennent de l'alcool. La religion n'a donc rien à faire dans cet ordre d'idées, pas plus que dans l'extraction des dents. Les braves religieuses qui extraient des dents croient peut-être le faire pour la plus grande gloire de l'Eternel. Lorsque leur intervention a occasionné des hémorragies post-opératoires, des nécroses ou des accidents septiques, je ne vois pas comment l'Eternel a pu gagner ainsi en gloire, tandis que je vois parfaitement que le patient aurait évidemment gagné à aller chez un dentiste ou à l'hôpital.

J'exclus, bien entendu, le cas de force majeure. — Dans un village, éloigné de la ville, on va trouver une religieuse qui arrache la dent malade. Dans ce cas, la religieuse n'est pas plus coupable que le forgeron du village qui, dans un coin de l'atelier, au fond d'un tiroir, conserve « le Garangeot » tout rouillé qui lui sert à enlever les dents, car le gaillard a de bons biceps et il ramène toujours quelque chose : gencive, os, fragments de la dent, esquilles, la dent avec accompagnement plus ou moins avantageux de maxillaire, la dent d'à côté, et quelquefois même la bonne dent. Mais c'est une véritable boucherie, une torture. Quelquefois la victime finit par secouer les gens qui la tiennent, et par se sauver ; c'est généralement ce qui peut lui arriver de plus heureux.

Entre deux maux, il faut choisir le moindre. Entre le forgeron et la religieuse, je choisirais la religieuse : les dégâts seraient moins importants.

Les Charlatans des villes.

Il y a encore toute une catégorie d'individus auxquels on pourrait appliquer à juste titre l'épithète de charlatans en donnant à cette appellation son intensité de mépris la plus méritée. Ce sont les plus dangereux, ceux qui abusent honteusement de la crédulité du public, les charlatans des villes.

La bêtise humaine, nous l'avons dit, étant une mine inépui-

sable, l'appât du gain malhonnête étant d'autre part une amorce bien tentante, cette engeance se multiplie à l'infini. Aussi ne voit-on que trop de ces charlatans modern-style, louvoyant entre l'escroquerie et l'abus de confiance. On en voit de tout âge, de tout sexe et de toute profession. Malheureusement, la nôtre n'y échappe pas.

Le dentiste charlatan possède quelquefois tous ses diplômes et ne réside plus que dans les villes. Il est rare, mais il est dangereux.

Son aspect n'a rien d'effrayant néanmoins, il est vêtu à la dernière mode et a constamment le sourire sur les lèvres. Il sait que la publicité est l'âme du commerce ; aussi sa publicité s'étend savamment sur les humains. Dans ses salles d'attente abondent des diplômes mirifiques de tous les instituts, de toutes les expositions plus ou moins officielles. Un livre d'or trône, attestant les guérisons miraculeuses, chantant le cantique de reconnaissance de l'humanité souffrante. Quant au maître, il est calme et souriant au milieu de toute cette gloire, il se contente de porter discrètement à la boutonnière un petit ruban se rapprochant le plus possible de la couleur rouge. Il est chez lui, la loi n'y peut rien, paraît-il.

Cependant, dans les principales rues de la ville des distributeurs donnent à foison des propectus avec portraits de jolies femmes. Devant la maison, sur les balcons de laquelle brillent de grosses lettres dorées, d'autres distributeurs de prospectus insistent auprès des passants, racolent pour le compte du maître. Celui-ci se tient dans son officine, semblable à l'araignée, qui, du centre de sa toile, s'apprête à sucer le sang des pauvres mouches qui se seront laissé prendre à ses filets.

Seulement, ici, c'est de l'argent qu'il suce.

Ouvrons, en effet, le prospectus que l'on distribuait dans la rue. En dehors du portrait de la jolie femme, en dessous des titres du Maître et de la liste fantastique de ses diplômes et décorations, que verrons-nous en grosses lettres ? Généralement ceci : « Appareils sans plaque, ni crochets,

ni ressorts, sans enlever les racines. Dents artificielles échappant à l'examen de l'œil le plus habile. Restauration des dents et même des racines les plus compromises par l'émaillage des dents. »

Mais ce qui frappe le plus, c'est le prix, fabuleux de bon marché. La cliente, comparant avec le prix que lui a fait un autre dentiste, ne peut réellement hésiter. Et c'est alors que le charlatan, entrant en scène, lui tient à peu près ce langage. « Oui, madame, je fais des appareils au prix indiqué sur mon prospectus, mais il se trouve malheureusement que, *dans votre cas,* cette sorte d'appareil n'est pas applicable. Cela n'irait pas, ne tiendrait pas, et cela vous blesserait certainement la bouche. Par conséquent, il est inutile d'y songer. Voici, dans votre cas particulier, le seul système qui puisse vous convenir. » Et il montre un appareil réellement cher, sûrement plus cher, en tout cas, que chez un dentiste consciencieux. Voilà déjà une tromperie flagrante, un vol manifeste.

Mais le charlatan n'a pas qu'une corde à son arc. Dans d'autres cas, il dit ceci : « Parfaitement, madame, je vais vous faire un appareil au prix marqué, mais avec les dents que voici » ; puis il présente des dents longues, laides, difformes. A la cliente épouvantée, il se contente de dire simplement : « Madame, ce sont les dents qui vont avec l'appareil indiqué sur le prospectus. » En même temps, il présente de jolies dents, en faisant une grosse majoration.

Voilà des *trucs* malhonnêtes, voilà des faits dont il est bon que le public soit averti. D'une façon générale, il faut se méfier des réclames pompeuses, il faut se méfier de ce que j'appellerai les bazars dentaires, des maisons à grandes lettres dorées, qui prennent des titres trompeurs, des raisons sociales affectant une vague allure universitaire, hospitalière ou officielle.

Braves gens, méfiez-vous de ces maisons comme vous vous méfiez des voleurs de grands chemins, des détrousseurs et des cambrioleurs. Adressez-vous à un homme sérieux. Le dentiste conscient de sa valeur et de sa dignité ne s'a-

baisse pas à ces pratiques ; il gémit en silence, regrettant que les syndicats professionnels ne soient pas armés contre de pareils individus.

Et, en effet, examinons la suite du prospectus. Notre homme s'engage à faire un appareil sans extraire aucune racine. La chose en elle-même est facile. Mais il est non moins facile de comprendre qu'il s'agit là d'un vol évident, car jamais, au grand jamais, le dentier ne pourra servir. Un appareil construit dans une bouche comprenant des racines plus ou moins infectées, ne peut pas être toléré, pas plus qu'une chaussure, de forme et de vernis impeccables, ne peut être toléré par un pied blessé.

Quant aux dentiers sans plaque, ni crochets, ni ressorts (pourquoi n'ajoutent-ils pas sans dents ?) c'est encore un mythe, une tromperie. En effet, de semblables appareils ne peuvent être construits que dans certains cas spéciaux, en prenant appui sur des dents ou des racines saines, et après des préparations longues et minutieuses.

En résumé, c'est un grossier trompe-l'œil. C'est une façon de jeter la poudre aux yeux, de rabattre les oiseaux à plumer, que l'on ne reverra sûrement plus. Mais qu'importe, puisque l'on s'engraisse à leurs dépens ? Voilà le raisonnement du charlatan moderne.

Contre lui, on a tout tenté, tout fait ; rien n'a réussi. Il est comme le serpent visqueux qui glisse dans la main qui le serre. Souhaitons donc, sans trop l'espérer, qu'une législation prochaine vienne créer dans la médecine une sorte de conseil de l'ordre, qui soit juge sans appel, et dont les sentences soient obligatoires, légales. Alors seulement, les charlatans auront vécu, et, avec eux, les bazars dentaires qui avilissent la profession.

REVUE DE L'ÉTRANGER

LE TRAVAIL A PONT FIXE

Par HART J. GOSLEE, de Chicago [1].

Fixation à la couronne naturelle. — Dans la classification des modes de fixation à la couronne naturelle, on peut ranger toutes les méthodes autres que celles des couronnes artificielles, ou toutes celles qui tendent à assurer une rétention et une fixation convenables et qui conservent cependant le plus possible de la couronne naturelle restante de la dent ainsi employée.

Si cette conservation de la substance de la dent est un procédé manifestement recommandable et qui doit être appliqué quand les circonstances l'exigent ou le permettent, il arrive souvent que les couronnes naturelles ainsi employées, sauvées seulement pour quelque temps, sont perdues postérieurement par suite de l'emploi de méthodes peu sûres ou contre-indiquées.

Par conséquent le recours à cette catégorie de moyens de fixation exige un jugement sûr, ce qui est rare, combiné avec un grand effort de l'opérateur et il ne réussit qu'en proportion de l'un et de l'autre.

Couronnes à face ouverte. — La couronne à face ouverte, couronne dont la face ou la surface labiale est taillée de façon à exposer le plus possible de cette portion de la couronne naturelle, est peut-être le mode de fixation le plus généralement employé.

La valeur réelle et pratique de ce procédé a toujours une grande importance, pour la raison que l'une des deux conditions qui se rattachent à leur emploi, ou qui en résultent, se produit ou peut se produire : ou bien on demande une destruction de la couronne naturelle moindre que pour tout autre procédé de fixation, ou bien une destruction beaucoup plus grande peut résulter de son emploi, s'il n'est pas judicieux, ou si l'adaptation est défectueuse.

Parmi les diverses causes auxquelles on peut attribuer le retard de l'emploi et du succès du travail à pont fixe, la principale est l'appli-

1. *Items of Interest*, janvier 1905, p. 13.

cation peu judicieuse et maladroite de ces moyens de fixation, notamment quand ce sont de simples rubans, il a été perdu plus de dents saines et il a été signalé plus d'échecs par suite de cette pratique défectueuse que par toute autre cause.

L'emploi irraisonné de cette catégorie de moyens de fixation devrait donc être condamné plus ou moins généralement car ils peuvent nuire à la couronne naturelle qui sert de support, au lieu de la conserver, et compromettre ainsi le succès possible et la durée de l'édifice dont ils forment une partie, et ils ne sont pas du tout esthétiques.

Deux cas typiques sont représentés figure 243 : là une application irraisonnée et une adaptation défectueuse de ces moyens de fixation ont amené la perte des dents qui les supportaient. On peut hardiment prédire ce résultat, ou tout au moins la possibilité de la perte de la couronne naturelle par suite de caries cachées si l'adaptation n'est pas parfaite.

Fig. 243.

Néanmoins il est des cas où l'emploi de ces moyens est indiqué et peut rendre des services, s'ils sont soigneusement adaptés et convenablement construits.

Indications et contre-indications. — Pour obtenir toujours un succès, il faudrait limiter cet emploi aux six dents antérieures, particulièrement aux canines du haut et aux canines et incisives du bas, ou aux dents chez lesquelles la forme normale et les proportions de la couronne naturelle sont avantageuses.

L'inégalité moyenne normale entre les dimensions des couronnes et des collets des incisives supérieures et des bicuspides et des molaires supérieures et inférieures, exige habituellement dans leur préparation, une telle mutilation de la couronne naturelle qu'elle empêche d'employer cette méthode pour ces dents, ou tout au moins en contre-indique l'application.

L'application de ce procédé admettant le principe de la couronne à face ouverte et répondant ainsi au même besoin qu'une couronne tout en or, sans en présenter ces inconvénients pour les dents antérieures et sans demander le sacrifice ou la mutilation de la couronne naturelle, permet souvent d'obtenir en faisant porter la tension sur toute la lon-

gueur de la dent, une plus grande force dans la fixation à la racine, qu'on n'en obtiendrait en sacrifiant la couronne naturelle et en la remplaçant par une couronne artificielle. C'est là un caractère particulièrement avantageux pour les bridges étendus qui intéressent des dents antérieures, surtout dans l'arcade inférieure où les racines sont petites ; et cependant, puisqu'il faut reconnaître que la durée de la fixation d'une couronne de ce genre à la dent qui la supporte, n'est pas éternelle, en raison de la pénétration possible de la salive dans la jointure exposée, et de la dissolution graduelle du ciment, il faut avoir grand soin d'obtenir l'adaptation la plus exacte possible, surtout quand elle doit être employée conjointement avec un autre système de fixation, une couronne par exemple, qui présenterait peut-être plus de chance de permanence si elle était cimentée en place.

Application. — Si l'application est limitée à la catégorie de dents indiquées, si les faces proximales de ces dents sont préparées convenablement de façon à présenter des lignes parallèles, si toutes les autres proportions coronaires sont suffisamment réduites pour permettre l'adaptation exacte d'une couronne et non d'un simple ruban, si l'adaptation de la portion circulaire au collet est exacte, si la face linguale entière et le bord incisif de la dent sont couverts de façon à empêcher toute tendance au déplacement, si la face labiale est taillée de façon à montrer le moins d'or possible, si tous les bords sont amenés à former des points se nettoyant automatiquement, et si le tout est assez solide pour conserver sa forme et permettre une articulation favorable avec les dents antagonistes, on peut s'attendre à ce que ces moyens de fixation donnent des résultats suffisamment permanents.

Préparation de la dent. — Quand on prépare la couronne naturelle pour y placer un moyen de fixation de ce genre, s'attacher tout d'abord au parallélisme des parois proximales. S'il y a une dent adjacente, gagner un espace suffisant au préalable, puis tailler convenablement de chaque côté avec des disques à gros grains ou des pierres très minces. Enlever juste ce qui est nécessaire pour permettre, en réduisant les dimensions coronaires (fig. 244 a), d'ajuster exactement la couronne au collet (fig. 244 b) et veiller à protéger la couronne naturelle adjacente, s'il y en a une, contre la mutilation pendant l'opération. La taille de ces faces doit avoir une tendance linguale légère (fig. 244 c) et doit être continuée jusqu'à ce qu'un fil métallique à mesurer tordu au collet puisse aisément être enlevé.

La face linguale doit être meulée suffisamment pour laisser place à la couronne sans gêner l'occlusion des dents antagonistes, et le bord incisif doit être nivelé avec le bord lingual, pour offrir un bord défini permettant de finir cette partie de la fixation et un épaulement qui, une fois recouvert, empêchera un déplacement au delà de la limite voulue (fig. 245).

Construction. — Pour construire ces moyens de fixation se servir d'une épaisseur d'or susceptible de prendre aisément la forme de la dent ; mais, après l'avoir adaptée convenablement, la renforcer par la suite de façon à avoir la force voulue d'une manière uniforme.

Quand on a mesuré avec un fil métallique, couper une bande d'or à 22 carats, du 29 ou 30 de la jauge, de la longueur de la mesure, mais plus large que la longueur de la couronne naturelle du bord gingival au bord incisif, ou égale à cette longueur ; lui donner une forme circulaire et souder avec de la soudure à 20 ou 22 carats.

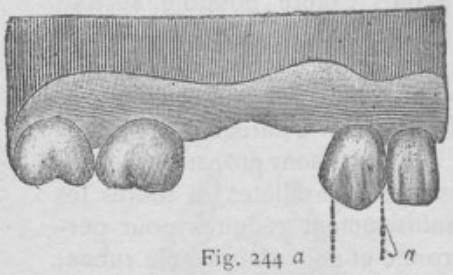


Fig. 244 *a*

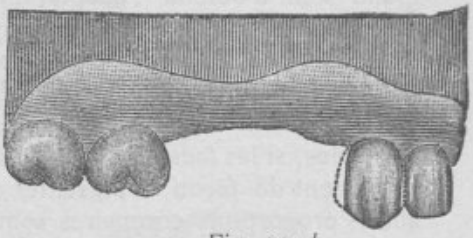


Fig. 244 *b*

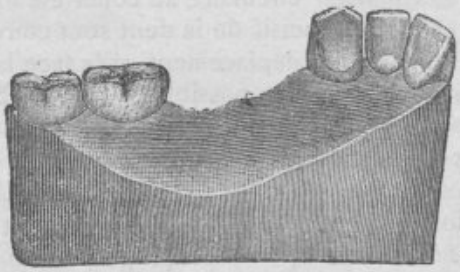


Fig. 244 *c*.

Façonner alors l'extrémité cervicale pour qu'elle suive la courbure de la gencive, en l'arrondissant convenablement, et l'adapter alors à cette portion de la dent, en la faisant passer à une distance courte et uniforme au-dessous du bord libre (fig. 246 a).

Quand l'adaptation en ce point est terminée, tailler les faces labiale et linguale comme dans la fig. 246 b. Cela réduit la bande exposée sur la face labiale à la largeur voulue, amène tous les bords labiaux au point désiré, et permet à la bande linguale et aux faces proximales de s'adapter exactement à la dent.

Recuire alors un morceau d'or pur au 34 de la jauge et le brunir sur la face linguale des dents, avec cette partie de la couronne en place, jusqu'à ce qu'on obtienne un contact intime avec la dent et avec le bord lingual entier de la bande (fig. 246 c). Enlever alors les deux, les attacher ensemble avec un fil métallique, s'il y a lieu, et les

fixer avec assez de soudure pour obtenir l'union tout autour ; le tout, notamment le ruban labial étroit et le revêtement en or pur, se trouve uniformément renforcé sur la surface extérieure avec la même sou-

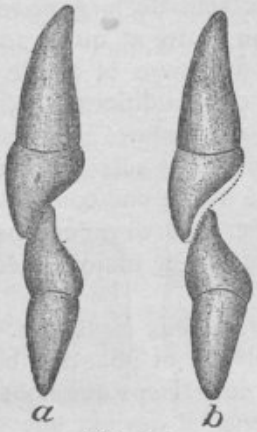


Fig. 245.

dure. Si la face proximale de la fixation ne restaure pas le point de contact avec la dent adjacente, remplir suffisamment pour assurer sa restauration. Cela peut se faire avec des petits morceaux d'or en plaque ou seulement avec de la soudure.

Replacer la couronne en position sur la dent, finir avec des dis-

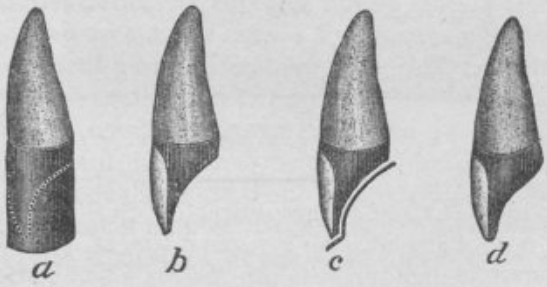


Fig. 246.

ques jusqu'à complète adaptation (fig. 246 d) et prendre l'empreinte finale avec elle et avec les autres abouts en place.

Modification du procédé. — On peut simplifier le procédé en coupant *seulement la portion labiale* après une adaptation convenable au collet, la portion linguale restante étant courbée et brunie sur place directement sur la dent. Cela se fait en détachant un morceau en forme de V du centre immédiat ; on économise ainsi de la matière et il n'est pas besoin d'un revêtement séparé, mais l'adaptation est moins exacte.

Modèles en métal fusible. — La construction de ces modes de fixation sur des modèles en métal fusible de la dent est quelquefois avantageuse pour faciliter le travail, mais comme la couronne doit passer légèrement au-dessous de la gencive, ces modèles ne sont pas exacts, à moins qu'on ajuste et qu'on adapte une bande temporaire de maillechort ou de cuivre et que le modèle soit coulé ainsi dans l'empreinte. Dans ces conditions le résultat est plus ou moins soigné.

La méthode sans rebord peut aussi être employé pour ces moyens de fixation, et ce procédé donne une couronne bien ajustée, quand la face labiale a été coupée, pourvu qu'une bande temporaire ait été ajustée préalablement, ce qui est toujours nécessaire pour les racines ci-dessus mentionnées.

Application aux molaires et aux bicuspides. — L'emploi de ce mode de fixation pour les molaires et pour les bicuspides, doit être condamné en général pour les raisons que nous avons données. Quand on l'emploie sur ces dents, il devient une simple bande, et il faut alors employer des modes de fixation plus durables, qui sont possibles.

(A suivre.)

BIBLIOGRAPHIE

Des kystes des maxillaires d'origine dentaire, par le Dr Léopold Gauthier, Thèse de Lyon. R. Schneider, 1905.

Dans cette thèse, M. Gauthier expose et développe la théorie soutenue ici même par M. Julien Tellier [1] ; en ce qui concerne la pathogénie des kystes d'origine dentaire, bien que partisan, d'une façon générale, de la théorie épithéliale, il croit pouvoir établir que l'antique théorie de Broca est, dans certains cas, plus immédiatement satisfaisante.

Avant d'aborder franchement son sujet, M. Gauthier, dans un historique assez complet de la question, rappelle les intéressantes discussions qui, après bien des années, se sont terminées par le triomphe définitif de la théorie épithéliale ; le chapitre qui suit est consacré à un exposé bref, mais très clair, du développement des dents.

L'auteur, après M. Tellier, tente un essai de classification des kystes d'origine dentaire, qu'il divise en multiloculaires, dentifères, paradentaires, ces derniers comprenant deux sous-variétés, les kystes uniloculaires proprement dits, et les kystes dits périostiques. Nous sommes entièrement d'accord avec lui, pour adopter cette classification tout à fait rationnelle, tout en regrettant que le choix de certaines dénominations en compromette quelque peu la clarté. C'est ainsi que, personnellement, nous croyons que le terme *uniloculaire* mériterait mieux que la qualification d'une sous-variété, et qu'il pourrait, au contraire, s'opposant naturellement au terme *multiloculaire,* s'appliquer et aux kystes dentifères, et aux kystes paradentaires (radiculo-dentaires).

Dans les chapitres suivants M. Gauthier expose, dans leurs grandes lignes, les hypothèses principales qui ont été proposées pour expliquer la pathogénie des kystes ; il rapporte une observation de kyste dentifère dont les théories de Broca et de Magitot sembleraient mieux rendre compte que la théorie épithéliale ; mais il conclut que celle-ci, dans la grande majorité des cas, est la seule plausible, la seule vraie, et que le fait isolé, qu'il a cité, n'infirme en rien ce qui est admis.

H. D.

1. *Odontologie,* 30 juin 1905, p. 629.

REVUE ANALYTIQUE

Par MM. Henri Dreyfus et Georges Lemerle.

De l'étiologie et de la pathogénie de l'angine de Plaut-Vincent, de la stomacace, de la stomatite gangréneuse idiopathique, du noma, de la stomatite mercurielle gangréneuse et de la gangrène pulmonaire.

Ce travail de M. S. Rona tend à démontrer l'unité d'origine de toutes ces affections, qui doivent, d'après l'auteur, être actuellement considérées comme une seule et même maladie ne présentant que quelques variantes d'intensité et de tendance à s'étendre plus ou moins : leur commune localisation en serait la preuve, ainsi que l'identité de leurs caractères cliniques, morphologiques et bactériologiques ; l'origine de ces affections remonte toujours à une infection d'origine externe, dépendant elle-même d'une prédisposition consécutive à diverses influences déprimantes et affaiblissantes. Dans tous ces cas, on trouve un spirille et un bacille fusiforme, qu'il est, actuellement, impossible de différencier des spirilles et des bacilles décrits par M. Vincent, et considérés par cet auteur comme caractéristiques de la gangrène nosocomiale.

Quant à la stomatite ulcéreuse et gangréneuse d'origine mercurielle, elle ne se distingue des précédentes que par le seul fait qu'ici la faiblesse générale, la prédisposition locale, la diminution de vitalité et de résistance des tissus sont le résultat de l'usage du mercure : les formes bacillaires que l'on y trouve régulièrement sont identiques à celles que l'on rencontre, d'une part, dans les affections précédentes, d'autre part dans toute cavité buccale peu soignée, ces dernières décrites par M. Miller dès 1883.

L'auteur admet que la salive sert de véhicule à l'agent infectieux. Il reconnaît cependant que ses conclusions demandent encore à être confirmées par des essais de culture des bacilles incriminés et par des expériences d'inoculation aux animaux.

(S. Rona, *Arch. f. Dermatol, u. Syph.* LXXIV, 2-3, et *Sem. Méd.*, n° 29, 19 juillet 1905.)

Un nouvel analgésique local : l'alypine.

Le chlorhydrate de benzoïl-tétraméthyle-diamine-éthyle-diéthyle-carbinol, ou plus simplement *alypine*, est un anesthésique, nouvellement obtenu par M. Impens, se présentant sous l'aspect d'une substance pulvérulente ; la solution aqueuse, qui est très aisée, supporte l'ébullition pendant cinq minutes environ. L'alypine, tout en ayant un pouvoir anesthésique aussi puissant que la cocaïne, a une toxicité moindre. M. Impens, qui en a étudié l'action physiologique sur l'œil, conclut de ses recherches qu'elle ne dilate pas la pupille, ne trouble pas l'accommodation et ne modifie en rien la pression intra-oculaire. Il suffit d'une solution faible pour produire l'insensibilité de la cornée. L'analgésie complète est accompagnée d'une rougeur de la conjonctive, qui se dissipe après rétablissement de la sensibilité.

L'alypine a été expérimentée en rhino-laryngologie par M. Seifert et en ophtalmologie par B. W. Seeligsohn. Ces deux auteurs se trouvent d'accord dans l'appréciation qu'ils donnent des propriétés de cette substance. Ils n'ont jamais constaté de phénomènes, même fugaces, d'intoxication, comme ils étaient accoutumés à en observer avec la cocaïne, ni d'action vaso-constrictive. Le plus souvent, ils ont eu à employer l'alypine en badigeonnages, pour lesquels

ils ont utilisé la solution à 10 o/o. Dans plusieurs cas de tuberculose et de polypes du larynx, l'injection *intra-laryngée* de 2 à 4 grammes de la même solution a permis d'effectuer, sans aucune douleur, le curettage et l'ablation des polypes.

En ophtalmologie, la solution à 4 o/o, rigoureusement neutre, suffit dans la plupart des cas. L'anesthésie s'établit plus lentement qu'avec la cocaïne, mais persiste davantage.

L'alypine n'a pas encore été, que nous sachions, expérimentée en art dentaire.

(*Deutsche med. Woch*, 20 juillet-23 août-31 août 1905.)

L'adrénaline et l'anesthésie locale à la cocaïne-adrénaline.

On reconnaissait à l'adrénaline, du moins dans la période du début, le triple avantage d'être hémostatique, de renforcer l'analgésie, de diminuer la toxicité de la cocaïne. M. Sikemeier, après de nombreuses expériences, conclut que le mérite de l'adrénaline a été surfait, du moins en ce qui concerne la toxicité.

L'auteur a effectué à ce sujet une série de cinquante-deux expériences sur des lapins. L'adrénaline, en injection préalable, n'eut d'autre résultat que de *retarder* de quelques minutes l'apparition des phénomènes d'intoxication, sans que la gravité de celle-ci en parût atténuée. Dans les cas d'injection simultanée de cocaïne et d'adrénaline, ce retard de l'intoxication ne se produisit même pas.

En chirurgie humaine l'auteur a été satisfait de l'association cocaïne-adrénaline ; pourtant il a vu un échec complet, chez un hémophile qui eut une hémorragie pendant trois jours, à la suite d'une extraction dentaire. Quant à l'effet anesthésique, il ne paraît pas être supérieur — *en dehors de cas particuliers* — à celui de la cocaïne seule, puisque quatre patients, atteints de hernie double, et opérés d'un côté à la cocaïne, et de l'autre à la cocaïne-adrénaline, déclarèrent n'avoir constaté aucune différence dans leurs sensations, au cours des deux opérations.

(E. W. Sikemeier, *Nederl. Tijdschr, voor Geneesk*, 25 mars et 1er avril 1905.)

H. D.

Travail de la porcelaine. Bridge work fixe.

Il n'est pas rare de rencontrer des dents écartées les unes des autres. En effet à la suite d'une extraction les dents voisines ont tendance à venir combler l'espace laissé libre et, par suite, à s'écarter.

En pareil cas, lorsqu'on désire remplacer la dent absente, on peut s'adresser à deux méthodes :

1° Correction de la malposition en ramenant la dent dans la situation qu'elle doit normalement occuper ; puis, construction d'un appareil fixe ou mobile destiné à combler l'espace vide. Mais, pour espérer obtenir un bon résultat, un tel redressement ne peut être entrepris que chez des sujets assez jeunes ;

2° Lorsqu'on est amené à renoncer au redressement de la dent déviée, on peut exécuter le travail suivant : soit une première petite molaire déviée en arrière à la suite de l'extraction de la deuxième biscupidée. On dévitalise la dent, on en sectionne la couronne et l'on prépare le canal de façon à le rendre apte à recevoir un pivot. On monte de part et d'autre de ce pivot deux dents de porcelaine qui devront ainsi occuper la place normale où se trouvait autrefois les dents naturelles. Puis, comme au niveau de l'interstice qui existe à la hauteur du collet de ces deux dents, la plaque d'or qui les réunit en leur formant un talon commun peut être visible, on la dissimule en faisant un émail rose imitant la gencive. On obtient ainsi un petit bridge de deux dents reposant de part et d'autre d'un pivot que l'on pourra à volonté rendre fixe ou laisser mobile et qui comblera exactement et de façon normale l'espace vide laissé par l'extraction d'une dent et la déviation d'une de ses voisines.

(Goslee, *Items of Interest*, mai 1905.)

NOUVELLES

UNIVERSITÉ DE PARIS — FACULTÉ DE MÉDECINE

Année scolaire 1905-1906

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 6 novembre 1905.

I. — **Pièces à produire.** — Les candidats produiront les pièces suivantes :

1° Un extrait authentique de leur acte de naissance et, s'il y a lieu, une traduction également authentique de cette pièce;

2° Un extrait de leur casier judiciaire ;

3° Soit *un diplôme de bachelier*, soit *le certificat d'études prévu par le décret du 25 juillet* 1893, soit *le certificat d'études primaires supérieures ;*

4° *Un certificat constatant qu'ils ont accompli, dans l'une des Ecoles dentaires, des études complètes et régulières.* A ce certificat sera joint *un extrait des registres de l'Ecole indiquant les dates d'entrée, d'inscriptions, etc. ;*

5° *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.*

II. — **Consignations.** — Les consignations seront reçues au Secrétariat de la Faculté de Médecine de l'Université de Paris, aux dates ci-après désignées, savoir :

1er examen, les 23 et 24 octobre 1905.
2e examen, les 20 et 21 novembre 1905.
3e examen, les 18 et 19 décembre 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.

III. — **Dates des examens.** — Les examens auront lieu aux dates ci-après désignées, savoir :

1er examen, du 6 au 18 novembre 1905.
2e examen, du 4 au 16 décembre 1905.
3e examen, du 8 au 20 janvier 1906.

Le Doyen de la Faculté,
M. DEBOVE.

RÉCOMPENSES

Nous sommes heureux d'annoncer que, par arrêté en date du 14 juillet, M. le Ministre de l'Intérieur a conféré à notre distingué confrère M. Delair, professeur suppléant à l'École dentaire de Paris et membre du Comité de rédaction de *L'Odontologie*, la médaille d'honneur de l'Assistance publique.

Le diplôme lui en a été remis à la séance du Conseil d'administration de l'Ecole, aux applaudissements de ses collègues, le 3 octobre, au nom du directeur de l'Assistance publique.

Nous adressons nos vives félicitations à M. Delair pour une récompense si méritée par les services qu'il rend sans cesse par ses remarquables travaux de prothèse aux indigents qui lui sont adressés par les hôpitaux.

Nous apprenons aussi que la même récompense a été conférée à notre confrère M. Perrier-Nédey, d'Albi, par arrêté ministériel du 12 août pour services rendus.

Nous félicitons aussi M. Perrier-Nédey, membre de l'Association générale des dentistes de France, de cette flatteuse distinction.

DISTINCTIONS HONORIFIQUES

Notre ami Jules Bonnaric, chirurgien-dentiste à Lyon, a reçu les palmes d'officier d'Académie.

Nous adressons nos sincères félicitations à notre confrère qui fût un dévoué membre organisateur de l'Ecole dentaire de Lyon ; il en est depuis sa fondation le trésorier, en même temps qu'il y est professeur de clinique.

NOMINATIONS

Le Conseil d'administration de l'Ecole dentaire de Paris, dans sa séance du 3 octobre, a fait, après un concours sur titres, les nominations suivantes :

M. le Dr Lecène, ancien interne des hôpitaux, médaille d'or des hôpitaux, prosecteur à la Faculté de médecine, a été nommé professeur de pathologie externe.

M. le Dr Camus, chef des travaux pratiques de physiologie à la Faculté de médecine, a été nommé professeur de clinique d'anesthésie.

CONCOURS A L'ÉCOLE DENTAIRE DE LYON

Un concours pour deux postes de démonstrateur à l'Ecole dentaire de Lyon aura lieu le 14 courant. Il comprendra :

1° Un examen clinique d'un malade, suivi d'extractions avec anesthésie générale ou locale suivant indications.

Il est accordé un quart d'heure pour l'examen du malade et une heure pour la rédaction de l'observation ;

2° Une composition écrite sur un sujet de pathologie bucco-dentaire et de dentisterie opératoire.

Trois heures sont accordées pour cette composition dont la lecture aura lieu le même jour.

MARIAGE

Nous apprenons le mariage de M. Emile Forestier, chirurgien-dentiste de la Faculté de médecine de Paris avec M^lle^ Armance Dubreuil.

NÉCROLOGIE

M^me^ LABORY

Nous avons le regret d'apprendre la mort de M^me^ Léonce Labory, élève à l'Ecole dentaire de Paris.

Nous adressons à sa famille l'expression de notre sympathie.

M. GIROD

On annonce aussi le décès de M. Léonce Girod, chirurgien-dentiste à Lézignan (Aude), membre de l'Association générale des dentistes de France, décédé dans sa 56° année, le 28 septembre dernier.

Nous exprimons à sa famille nos sincères condoléances.

RECTIFICATION

M. Bonnard nous prie de déclarer que les fautes de français et d'orthographe reproduites dans sa lettre du 16 juin 1905, publiée dans notre numéro du 30 juillet, sont de son huissier et non de lui.

Dont acte.

L'Évolution de l'Art dentaire. — L'ÉCOLE DENTAIRE, son histoire, son action, son avenir, par le Dr Ch. GODON, directeur de l'École dentaire de Paris, 1901, 1 vol. gr. in-8°, 366 pages et planches, 10 fr. (Librairie J.-B. Baillière et Fils, 19, rue Hautefeuille, à *Paris*).

PRIX en librairie : **10 fr.** Pour les abonnés de *L'Odontologie* : **6 fr.**, frais de port en sus.

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 *Etudiants en Cours régulier d'Etudes comme* **REMPLAÇANTS, 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. Baillière et Fils, 19, rue Hautefeuille, Paris. — Prix : 5 francs.

Le Code du Chirurgien-Dentiste

Par **ROGER**, avocat à la Cour de Paris, professeur à l'École dentaire de Paris, et **GODON**, chirurgien-dentiste, directeur de l'École dentaire de Paris.

En vente à l'École 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 RUDEVAL, 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'École 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. Viau**, chirurgien-dentiste de la Faculté de Médecine de Paris. Professeur à l'École 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'École dentaire de Paris à l'Exposition universelle de 1900, groupe III, classe 16, médecine et chirurgie, par **L. LEMERLE**, professeur à l'École 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.

Nous prions *instamment* ceux de nos lecteurs qui possèdent en double des numéros de *L'Odontologie*, anciens ou récents, de vouloir bien nous remettre les exemplaires qui ne leur sont pas nécessaires. Les n^os^ suivants sont particulièrement réclamés.

1881. **JUIN, JUILLET.**
1882. **JUILLET.**
1883. **NOVEMBRE.**
1886. **JANVIER.**
1889. **FÉVRIER, Avril,** *Septembre.*
1890. **JANVIER,** *Octobre.*
1891. **JANVIER, FÉVRIER,** *Avril, Mai.*
1892. **JANVIER, Février, Mai,** *Août, Septembre,* **Décembre.**
1893. **JANVIER, FÉVRIER, AVRIL.**
1894. **JANVIER, Février, MARS, MAI,** *Octobre, Décembre.*
1895. **Juillet.**
1896. **AVRIL.**
1897. **JANVIER, 15 JUILLET,** 30 Juillet
1898. **15 JANVIER,** *30 Janvier,* **15 FEVRIER, 28 FÉVRIER, 15 MARS, 30 JUIN, 30 AOUT,** *15 Octobre, 30 Octobre.*
1899. *15 Février,* 30 **Mai.**
1900. **15 JANVIER, 30 JANVIER,** 28 **Février,** *15 Septembre.*
1901. 15 Janvier, *30 Janvier,* **28 FÉVRIER,** 15 Mars, **30 MARS,** *15 mai.*
1903. **15 JANVIER, 30 JANVIER, 15 FÉVRIER.**

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.

PETITES ANNONCES

3 fois..... 8 francs | 12 fois (6 mois)..... 25 francs
6 » (3 mois)..... 15 — | 24 fois (1 an)..... 45 —

— *la case simple* —

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.*

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 CROÈS**
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

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 1re 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.

LABORATOIRE DE PROTHÈSE DENTAIRE
Jules DELPEUT — Maison fondée en 1898
34, rue de Constantinople, PARIS-VIIIe

P. DENNINGER
47, rue des Batignolles, 47
PARIS

PROTHÈSE à FAÇON
Fournitures générales pour dentistes.
Spécialité de pièces en or et BRIDGE-WORK

LABORATOIRE DE PROTHÈSE A FAÇON
Ernest FOURNIER — Travaux soignés
78, rue Turbigo, PARIS

LABORATOIRE SPÉCIAL DE PROTHÈSE
B. PLATSCHICK
SERVICE TRÈS RAPIDE pour la PROVINCE
3 RUE VENTADOUR PARIS
222-82. Téléphone, 222-82.

TRAITÉ DE CHIMIE
Avec la notation atomique, par LOUIS SERRES, ancien élève de l'École Polytechnique, professeur de chimie à l'École 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 Cie, 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.

25e ANNÉE. N° 20 30 OCTOBRE 1905 VOL. XXXIV

L'ODONTOLOGIE

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

BULLETIN

Par M. MAURICE ROY.

AUX DENTISTES BELGES

L'Association générale des Dentistes de Belgique avait organisé une réunion extraordinaire dont nous publions plus loin le compte rendu. Notre rédacteur en chef, M. Maurice Roy, qui assistait à cette réunion, y a prononcé l'allocution suivante :

Messieurs et chers confrères,

Je suis très flatté de l'accueil sympathique que vous voulez bien me faire, mais vous n'avez pas à me remercier d'être venu parmi vous. C'est à moi, au contraire, à vous remercier de m'avoir donné une occasion de me trouver encore aujourd'hui au milieu de vous, mes excellents confrères, et de retrouver, dans cette charmante ville de Bruxelles, les bons amis que j'y ai faits depuis 1899, quand je suis venu en Belgique pour la première fois, sur la demande de l'Association générale des Dentistes de Belgique, dont je m'honore d'être un des membres honoraires.

J'étais venu, si vous vous en souvenez, vous prêcher l'union *pour le* progrès *en vous montrant les résultats que cette union nous avait permis d'obtenir en France*[1].

1. Maurice Roy, L'évolution de l'art dentaire en France. — Conférence faite à Bruxelles le 25 février 1899, *Odontologie*, 1899, V. I, p. 301, 379, 423.

Depuis cette époque, votre Association s'est accrue peu à peu, elle a su créer une Société Coopérative dont nous avons été heureux, à Paris, de copier le modèle, et un dispensaire qui se transformera, un jour que j'espère prochain, en un centre d'enseignement plus complet. Permettez-moi cependant de m'étonner de ne pas trouver, au bout de près de sept années, de plus grandes transformations de la situation de l'art dentaire en Belgique.

Je ne voudrais pas, moi, étranger, avoir l'air de venir vous donner des leçons ; ce serait répondre de façon peu courtoise à une invitation aussi aimable que celle que m'a adressée, en votre nom, mon excellent ami Baruch, votre si dévoué président ; mais, voulez-vous permettre à un vieil ami de votre pays et de votre Association, ami dont vous ne suspecterez pas les intentions désintéressées, de s'étonner que, dans ce pays où les souvenirs de l'action corporative sont si nombreux dans l'histoire, dans ce pays dont la devise nationale devrait être si appropriée à votre cas, l'union *ait été aussi difficile à réaliser, et, par suite,* la force *aussi peu active.*

Lorsque je vins en Belgique en 1899, l'enseignement professionnel n'y existait pas et les examens étaient d'une insuffisance reconnue de tous.

Aujourd'hui, l'enseignement professionnel est toujours aussi inexistant et les examens professionnels aussi insignifiants. Une seule chose se trouve changée, c'est l'obligation pour les dentistes d'obtenir la candidature en médecine.

Je vois bien ce que la culture générale des dentistes peut gagner à cette modification, mais qu'y gagne leur éducation professionnelle ? Rien, absolument rien.

Il ne m'appartient pas de rechercher les causes de cette absence de résultat pratique de votre action ; mais ce que je suis bien obligé de constater, ce sont les conséquences funestes qui résultent de cette situation pour

l'avenir de l'art dentaire dans votre pays, conséquences sur lesquelles je n'ai pas besoin d'insister.

Je suis vraiment surpris que vous ne soyez pas encore arrivés à créer ce puissant instrument d'émancipation qu'est l'école professionnelle.

Je vous le disais en 1899 et je vous le redis encore aujourd'hui avec plus de force: c'est l'école qui est le point de départ du mouvement de progrès; on ne peut rien sans l'enseignement, on peut tout par l'enseignement.

Voyez comment les choses se sont passées dans tous les pays étrangers qui peuvent vous servir d'exemple. Est-ce des pouvoirs publics que sont venues les initiatives de progrès? Non, tous les gouvernements, on ne saurait trop le répéter, sont par essence même conservateurs; s'ils marchent, c'est plutôt en arrière qu'en avant; ils ne suivent le progrès que de très loin et lorsqu'ils y ont été contraints par la transformation même des mœurs, des habitudes nationales, en sorte que les lois ne viennent le plus souvent que comme une consécration officielle d'un ordre de choses établi tacitement dans les esprits.

Aussi, à cet égard, me suis-je félicité du mouvement de presse que quelques-uns d'entre vous ont su susciter il y a quelques années dans la presse quotidienne à l'occasion des travaux de la Commission extra-parlementaire et du rapport qu'elle a présenté. De tels mouvements sont utiles, ils permettent d'éclairer le grand public, de lui montrer que son intérêt bien compris est lié à nos intérêts professionnels et ils favorisent ainsi la réalisation des réformes qui nous intéressent.

Mais, est-ce bien là tout ce qu'il y a à faire? Devez-vous borner votre rôle à cette action sur l'esprit public? Ce serait une erreur profonde de le croire.

Est-ce en effet au gouvernement que vous allez laisser l'initiative de ces réformes que vous engagez le public

à réclamer en lui en montrant la nécessité? Non! mille fois non! il n'y a pas de plus grand danger!

Vous l'avez vu, le gouvernement ne vous consulte pas dans des cas semblables; il demande des conseils à qui? à des médecins, à des pharmaciens, mais pas à des dentistes; demain il prendra conseil d'un Voituron quelconque et vous connaissez le résultat : c'est un médecin inspecteur d'hygiène qui s'en va courir les villes et les campagnes en disant à ses confrères que l'art dentaire leur appartient uniquement et qu'ils doivent tous pratiquer ce bon métier lucratif et si facile qu'en quelques heures (sic) [1] *il est loisible à tous les médecins de le savoir pratiquer.*

Si c'est la ruine de l'art dentaire belge que l'on cherche, si c'est la proscription des progrès de l'hygiène dentaire et de l'amélioration de la santé publique qui résultent de son développement que l'on veut poursuivre, le moyen est certes bien trouvé.

Ce n'est donc pas d'un gouvernement quelconque que vous devez attendre cette amélioration de l'art dentaire de votre pays, c'est uniquement de votre propre initiative qu'elle doit venir. Elle se fera par vous ou elle ne se fera pas, et, seule, la fondation d'une école dentaire par des dentistes vous permettra de la réaliser.

N'est-ce pas ainsi que les choses se sont passées en Amérique, en Angleterre, en France, pour ne citer que les trois premiers pays où l'enseignement dentaire ait été organisé?

Partout la fondation des écoles dentaires a marqué le début du progrès professionnel et a précédé l'établissement des lois. Aussi est-ce vers la réalisation d'un but semblable que doivent tendre toutes vos énergies, de quelque doctrine que vous vous réclamiez.

Il est inadmissible, en effet, que le concours de tous ne soit pas acquis à une telle œuvre. Quelles que soient

---

1. *Dentistes et Médecins*, par E. Quarterman. *Odontologie*, 1902, V. II, p. 313.

les tendances diverses des différents éléments qui composent notre profession, que l'on soit odontologiste ou stomatologiste, il est au moins un but commun qui doit nous réunir tous dans un même désir, c'est le progrès de notre art.

Or la nécessité d'un enseignement professionnel spécial est admise indistinctement par tous ceux qui pratiquent l'art dentaire. Cela est si vrai que, dans les réunions de la Fédération dentaire internationale, *où se trouvent représentés et les Odontologistes et les Stomatologistes, alors que des discussions passionnées se sont engagées lorsqu'on a discuté le programme scientifique et médical de l'enseignement dentaire, il y a eu, au contraire, accord unanime entre les représentants des deux doctrines lorsqu'il s'est agi d'élaborer le programme de l'enseignement dentaire spécial tant pratique que théorique.*

Pourquoi donc attendre, pour créer cet enseignement spécial, que soit tranchée cette question déjà si vieille de savoir si cet enseignement devra être ou non accompagné d'études médicales.

Pourquoi ne pas créer tout de suite et d'un commun accord cette école où Odontologistes et Stomatologistes viendront puiser les connaissances professionnelles indispensables à l'exercice rationnel de leur art?

J'espère que les Stomatologistes belges n'imiteront pas l'exemple des Stomatologistes français, que l'un des leurs venait donner l'autre jour à l'exposition de Liège dans une conférence.

Les Stomatologistes français auraient pu travailler autrefois avec les Odontologistes de leur pays et apporter leur contribution au progrès commun; mais cette noble émulation pour le travail était sans doute au-dessus de leurs forces. Enfermés dans leurs idées étroites, ils n'ont su réaliser aucune œuvre utile et se sont cramponnés au néant, suivant de loin d'un œil d'envie ces Odontologistes qu'ils méprisaient, mais, qui, mar-

chant hardiment vers la lumière et le progrès, savaient réaliser la vie.

*J'espère qu'en Belgique ce sera d'un commun accord entre tous les éléments de la profession que vous marcherez vers la réalisation de ce progrès professionnel auquel s'est toujours dévoué l'*Association générale des Dentistes de Belgique *et que vous saurez être unis en vue d'une action féconde.*

*Mais si quelques éléments rétrogrades se refusent à vous suivre, qu'importe, ne vous attardez pas, allez quand même de l'avant, vous serez sûrs en agissant ainsi d'avoir le concours de tous les hommes de progrès et, en terminant, c'est à ceux-ci que je fais appel pour aider à la tâche entreprise par votre vaillante Association, qui, suivant la devise de votre pays, saura montrer, je l'espère, que l'*Union fait la force.

TRAVAUX ORIGINAUX

FRACTURE COMPLIQUÉE DU MAXILLAIRE INFÉRIEUR. APPLICATION D'UN APPAREIL PROTHÉTIQUE. GUÉRISON.

Par A. BLATTER,
Professeur suppléant à l'Ecole dentaire de Paris
et J. DUPRÉ.

Le 25 août dernier, se présentait à la clinique de l'Ecole dentaire un malade, Ch..., âgé de 31 ans, employé au Métropolitain, présentant une fracture de la région moyenne du maxillaire inférieur. Interrogé, il exposait les faits suivants :

Dans la soirée du 22 juin il avait été assailli dans un wagon de chemin de fer par plusieurs individus et avait reçu sur le menton le choc d'un coup de poing américain. Le coup avait porté sur la partie droite de la face inférieure du menton, fendant les parties molles jusqu'au plan osseux.

Le blessé, qui avait reçu en outre de nombreux coups de pied et un coup de couteau à la main gauche, avait perdu connaissance.

Il fut conduit à l'Hôpital Saint-Antoine où l'on reconnut l'existence d'une fracture du maxillaire inférieur.

Toute la région maxillaire inférieure présentait une tuméfaction considérable qui subsista plusieurs jours. La muqueuse gingivale était déchirée et toutes les dents de bouche inférieures étaient très ébranlées, surtout l'incisive latérale gauche.

Les deux fragments du maxillaire étaient nettement mobiles et chevauchaient, le fragment gauche se trouvant sur un plan plus élevé que celui du côté droit.

Au dire du malade, on ne chercha ni à réduire, ni à immobiliser la fracture, si ce n'est par l'application d'une simple fronde, et aucun traitement ne fut institué.

Le blessé resta à l'hôpital vingt-sept jours; au cours de son séjour une suppuration abondante s'était établie qui persistait encore deux mois après l'accident.

Le pus s'écoulait en abondance par la plaie mentonnière et nécessitait l'application de pansements fréquemment renouvelés.

Il y a environ un mois, le malade retira lui-même par cette plaie deux séquestres pointus et irréguliers longs chacun de 1 cm. à 1 cm. 1/2.

A la suite de l'élimination de ces séquestres, la suppuration a beaucoup diminué, sans toutefois se tarir complètement.

C'est la persistance de cette suppuration, ainsi d'ailleurs que l'absence de consolidation, qui déterminent le malade à se présenter à l'Ecole dentaire.

L'examen pratiqué le 25 août, c'est-à-dire plus de deux mois après l'accident, permet de constater l'existence d'une solution de continuité osseuse. Le trait de fracture traverse l'alvéole de l'incisive latérale gauche qui, quoique très ébranlée, est restée en place. Il se dirige en bas et à droite.

La mobilité des fragments est surtout manifeste quand on prie le malade de fermer la bouche et que les dents du bas viennent appuyer sur l'arcade dentaire supérieure ; il se produit alors un chevauchement très net. On peut également constater cette mobilité en imprimant avec les doigts des mouvements de latéralité aux extrémités osseuses.

Il persiste sous le menton une fistule par laquelle sort un peu de pus. Le cathétérisme de cette fistule permet de constater qu'elle communique avec le foyer buccal de la fracture, lequel correspond à l'alvéole de l'incisive latérale gauche.

Quand le malade se présenta à l'Ecole dentaire, l'état de la fracture, l'existence des fistules buccale et cutanée, l'abon-

dance de la suppuration ne permettaient pas de penser encore à l'application d'un appareil destiné à immobiliser les fragments osseux.

L'incisive latérale gauche, trop mobile pour être conservée, fut extraite, des bains de bouche fréquents furent prescrits et des lavages antiseptiques furent pratiqués par la fistule cutanée. On se contenta temporairement pour maintenir les fragments osseux d'une simple fronde mentonnière.

Sous l'influence de ce traitement, la suppuration ne tarda pas à diminuer, puis à se tarir complètement.

La cicatrisation de la muqueuse gingivale se complétait bientôt ; la fistule mentonnière était réduite à un petit orifice qui ne tardait pas à se fermer.

Le moment parut alors bien choisi pour l'application d'un appareil destiné à maintenir les fragments osseux en bonne position sans entraver les mouvements de mastication.

L'empreinte fut prise et le modèle obtenu permit la confection de l'appareil. Celui-ci, une simple gouttière en aluminium, prenait point d'appui sur toute l'étendue de l'arcade dentaire inférieure.

Des fenêtres pratiquées au niveau des faces triturantes des molaires permettaient l'articulation normale.

La contention obtenue par ce très simple appareil était parfaite ; la mastication s'effectuait très librement et ne s'accompagnait plus, grâce à cette rigide attelle métallique, du chevauchement que l'on observait avant son application.

Depuis la pose de l'appareil, le malade est venu hebdomadairement à l'Ecole dentaire faire constater les progrès réguliers et constants de la consolidation osseuse qui est aujourd'hui complètement effectuée.

On peut tirer de cette observation plusieurs conclusions :

Si l'on s'en rapporte aux différents cas publiés de fractures intéressant la région symphysienne du maxillaire, on constate que le trait de fracture est généralement vertical et correspond à la symphyse.

Dans l'observation que nous publions la solution de continuité osseuse était nettement oblique en bas et à droite puisque, partie de l'avéole de l'incisive latérale gauche, elle croisait la symphyse mentonnière pour aller atteindre le bord inférieur de l'os à droite de la ligne médiane.

Cette obliquité, du trait de fractuer rarement observée, méritait d'attirer l'attention.

Un autre enseignement d'ordre moins théorique se dégage encore de notre observation ; elle montre, en effet, que, malgré les circonstances déplorables dans lesquelles se présentait notre malade, fracture déjà ancienne sans apparence de consolidation, foyer infecté et nécrose partielle des fragments osseux, la prothèse a pu rendre des services qu'on est habitué à demander en pareils cas aux opérations sanglantes, ligature ou suture osseuse ; et l'on ne peut que se féliciter des succès obtenus si facilement grâce à un appareil simple et bien supporté du malade.

La gouttière métallique offre, à notre avis, surtout en présence de cas similaires, des avantages considérables. L'articulation temporo-maxillaire est entièrement libre, grâce à ce moyen de contention simple qui, en aucune façon, n'entrave l'alimentation, rendue même plus aisée. Le patient, porteur d'une gouttière intra-buccale, peut s'exprimer avec facilité et reprendre très rapidement ses occupations. Tel a été le cas de notre malade.

ENCORE LA « MALADIE DU CAOUTCHOUC »

On se rappelle les récentes discussions auxquelles a donné lieu la campagne de M. Eilertsen, au sujet de la prétendue nocivité du caoutchouc coloré. A la suite d'une étude, tendant à démontrer l'inexistence de la maladie du caoutchouc, étude publiée par M. Roy dans *L'Odontologie* du 30 mai 1905, et de diverses critiques parues dans divers organes par MM. Platschick, Schwartz et Dunogier, M. Eilertsen publie dans le *Laboratoire* un long article, qu'il nous avait adressé également et qui est une réponse à MM. Schwartz et Dunogier, plutôt qu'à M. Roy.

M. Eilertsen s'étonne de l'émotion soulevée dans le monde odontologique, par sa brochure sur l'*Hygiène comparée des substances plastiques employées comme bases en prothèse dentaire,* émotion qui lui paraît d'autant plus inexpliquable « qu'il n'a fait que *préciser* le mécanisme de la nocivité du caoutchouc dentaire coloré au sulfure de mercure ». Il rappelle longuement que d'autres, avant lui, ont pourtant soutenu la même thèse, et il fait habilement intervenir dans le débat MM. Martinier, Godon, Snow, Telschow, et le regretté Paul Dubois. D'une leçon professée par ce dernier, il cite un passage, qui lui paraît concluant, bien que peu favorable à sa thèse, puisque celui-ci invoque surtout l'absence de conductibilité thermique du caoutchouc pour expliquer ces accidents et reconnaît, de plus, qu'on peut les observer avec d'autres substances que le caoutchouc.

L'auteur regrette ensuite de voir rejeter *a priori* les résultats de ses recherches expérimentales. M. Platschick, n'admettant absolument pas les objections faites contre le caoutchouc coloré, il cite cette phrase de celui-ci : « Un dentier en caoutchouc coloré, entretenu proprement sur une muqueuse saine, ne cause jamais d'hyperémie plus considérable que celle produite, dans les mêmes conditions, par un dentier fait d'une autre substance », et de cette phrase il tire néanmoins des déductions favorables à sa thèse.

M. Eilertsen tire argument de la rapide décoloration dans la bouche du celluloïd vermillonné, pour conclure que le sulfure de mercure n'y existe plus à l'état de sulfure, et que le mercure y est engagé dans d'autres combinaisons ; dans la vulcanite, si la décoloration n'existe pas, c'est, dit-il, en raison de la forte proportion du vermillon (30 ou 34 pour cent) ; mais la décomposition ne s'en produirait pas moins. Aux agents déjà connus d'altération du caoutchouc, il faudrait ajouter l'eau iodée, ainsi que d'autres réactifs, trouvés par M. Bruhat.

M. Eilertsen trouve que l'on fait abus du caoutchouc, parce qu'il est trop facile à employer, et il semble lui tenir rigueur, avec d'autres

auteurs d'ailleurs, de ce qu'il n'exige pas, de qui le travail, l'habileté, l'ingéniosité, l'expérience, qui en feraient une substance d'exception, réservée à de rares privilégiés. C'est, dit-il, un agent trop précieux *pour les dentistes*, et dans son article, il souligne de caractères italiques l'ironie qu'il a voulu mettre dans ces trois derniers mots.

En terminant, l'auteur adopte les conclusions de M. Dunogier (de Bordeaux) : 1° inefficacité, en certains cas, des soins buccaux chez les porteurs d'appareils en caoutchouc durci ; 2° nécessité de remplacer ces appareils, dès que la surface en devient poreuse ; 3° possibilité de désordres généraux graves chez les personnes prédisposées aux infections secondaires, et qui sont munies de dentiers en vulcanite ; 4° vœu implicite, tendant à l'interdiction, par ordonnance de police, de l'emploi du vermillon dans la coloration du caoutchouc de prothèse.

Nous ferons remarquer à M. Eilertsen que l'émotion qui a marqué l'apparition de sa brochure, et dont il s'est longuement étonné, nous semble fort légitime ; qu'il se rassure cependant, car elle n'a pas tenu seulement à la mise en cause du caoutchouc, qui n'est pas nouvelle : on s'est surtout ému de voir plusieurs journaux politiques s'emparer de la question, et, dans un but de vulgarisation scientifique, jeter l'alarme parmi les innombrables porteurs d'appareils en vulcanite. On n'en est plus à compter les méfaits de la vulgarisation, qui, malgré les services qu'elle rend, se rencontre souvent à l'origine des idées fausses, des erreurs les mieux enracinées dans le public.

Il est remarquable que, de toute l'étude de M. Roy, M. Eilertsen n'ait retenu que cette phrase : « Malgré tout ce qui a été écrit sur ce sujet, et qui prouve irréfutablement l'absolue innocuité du vermillon employé pour la coloration du caoutchouc, 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. » M. Eilertsen pense que cet extrait démontre victorieusement que, pour M. Roy, *l'absolue innocuité* du vermillon n'est pas aussi irréfutable qu'il veut bien le dire... Nous ne nous en serions pas douté.

L'étude critique de M. Roy demeure entière, après comme avant l'article de M. Eilertsen, qui n'a répondu à aucun des arguments opposés à sa thèse, à commencer par le plus simple, qui n'est pas le moins frappant : l'existence de la *maladie du caoutchouc* (?) en l'absence d'appareils de caoutchouc.

REVUE DE L'ETRANGER

TRAITEMENT MÉCANIQUE DES FISSURES CONGÉNITALES DE LA VOUTE PALATINE

Par Calvin S. Case.

(Communication au Congrès de Saint-Louis, août 1904.)

J'ai présenté des descriptions d'une nouvelle forme de palais artificiel à la réunion de l'Association dentaire nationale de 1902, et à celle de la Société dentaire de l'Etat d'Illinois en 1903. Et maintenant, après une expérience plus étendue, un plus grand nombre et une plus grande variété de cas se prêtant à l'étude du développement de ce principe et de ses applications, je suis plus convaincu que jamais qu'il constitue un système à la fois pratique et scientifique quant à la correction mécanique de toutes les formes de fissures congénitales de la voûte palatine, et un moyen absolument certain de corriger la parole d'une façon parfaite, dans tous ces cas.

Quelques auteurs font une distinction entre un obturateur et un voile, de sorte que la profession en est arrivée à considérer un obturateur comme un appareil pour palais fissuré, construit en matière dure, or ou vulcanite, et un voile comme un appareil construit en caoutchouc souple, d'après la forme des palais de Kingsley. Les deux choses sont essentielles pour la correction de la parole, en restaurant une partie plus ou moins étendue du palais naturel par des moyens artificiels ; mais, à vrai dire, toutes les deux constituent des palais artificiels.

Quand Suersen proposa un appareil susceptible d'être porté avec commodité et de permettre au patient, conjointement avec les muscles, de fermer à volonté la communication entre les cavités buccale et nasale, il exposa un principe scientifique qui est aussi vrai aujourd'hui qu'alors, et qui peut rendre de précieux services à celui qui porte cet appareil quelle qu'en soit la forme ou la méthode de construction.

Il appela *obturateur*, l'appareil qu'il avait imaginé dans ce but, parce qu'il était destiné à fermer et à empêcher le passage de l'air, qui produit la voix, en ne le laissant pas s'échapper dans les narines.

Plus récemment Kingsley, surmontant les difficultés de construction et appliquant avec succès le principe de Suersen, imagina un palais en caoutchouc flexible, que vous connaissez tous. Il l'appela

voile artificiel, parce que son extension postérieure était destinée à imiter l'action du voile naturel, en bouchant les fissures et en restaurant le palais, pour permettre l'articulation normale des sons.

Cet appareil a fait, incontestablement, plus que tout autre pour soulager cette malheureuse infirmité, principalement parce qu'il peut être introduit et porté avec commodité, même s'il est d'une adaptation tout à fait imparfaite et même s'il est plus ou moins possible de prononcer et d'émettre parfaitement des sons. Mais Kingsley et d'autres, qui ont adopté ce système, ont, je crois, toujours été convaincus de son inefficacité comme appareil permanent, en raison de la détérioration précoce du caoutchouc flexible lorsqu'il est porté dans la bouche, inconvénient qui exige que les palais soient renouvelés une fois par an pour conserver la forme nécessaire. Cela n'est pas difficile pour ceux qui construisent des modèles individuels dans chaque cas, lorsque les palais peuvent être aisément vulcanisés et expédiés dans une partie quelconque du pays. Mais une longue expérience de ce système m'a prouvé que les patients en sont bientôt fatigués, renoncent complètement à leurs palais ou s'en débarrassent sous le moindre prétexte.

De sorte que les plus ardents admirateurs du voile de Kingsley le regardent comme supérieur seulement à un obturateur parfaitement construit, du moins dans la période qui suit l'opération.

Ottolengui, en discutant ma communication à la réunion de l'Association nationale, disait : « Le seul avantage d'un voile mou sur un obturateur semble être qu'il permet un progrès plus rapide pour arriver à parler, mais plus tard, peut-être lorsque le sujet a besoin d'un nouvel instrument, il est ordinairement préférable de faire un appareil en caoutchouc dur, qui sera plus durable et plus propre qu'un appareil en caoutchouc mou. Ainsi l'obturateur est employé, d'ordinaire, quand le patient a appris à parler au moyen d'un appareil en caoutchouc souple, qui doit être un voile, dans toutes les acceptions du mot. »

Quoique Kingsley, Ottolengui, d'autres et moi-même, nous ayons toujours conseillé le remplacement des voiles par des appareils en métal ou en caoutchouc dur, cela a été fait rarement, principalement parce que cela nécessitait une autre opération complète, différant considérablement de la première, avec des dépenses supplémentaires.

Quelquefois on a essayé de changer les voiles pour des obturateurs en caoutchouc dur construits d'après la méthode si ingénieuse et la forme de Grant Molyneux ; mais surtout en raison de ce que la forme et les conditions étaient entièrement différentes, avec l'irritation consécutive des tissus sensibles, les patients ne pouvaient être décidés à les porter, et persistaient à porter les palais primitifs qui ne les incommodaient pas et qui, lorsqu'ils étaient neufs et parfaite-

ment ajustés, leur permettaient de parler avec les résultats les plus satisfaisants.

Alors se pose cette question : « Si les obturateurs, en caoutchouc dur ou autres, sont réellement supérieurs, pourquoi ne pas les faire tout d'abord ? »

Sans parler de l'irritation de tissus extrêmement sensibles, que produirait tout d'abord un appareil en caoutchouc dur ou en méral, même s'il avait une forme absolument correcte, ceux qui ont l'expérience de l'adaptation des palais artificiels savent combien il est difficile et souvent impossible de construire un premier palais qui n'exige pas de changement considérable de forme, avant de servir parfaitement aux besoins de l'articulation des sons. Ce résultat ne peut être obtenu habilement que lorsque le palais a été porté quelque temps et que les tissus se sont habitués et adaptés à ce corps étranger dans la bouche et dans la gorge.

C'est dans le but de profiter des avantages de l'appareil en caoutchouc mou, d'une part, et de tout l'obturateur en caoutchouc dur, de l'autre, tout en évitant l'inefficacité finale du premier et la difficulté de construction et d'adaptation du second, que le présent palais artificiel a été construit.

Cet appareil consiste essentiellement en un palais qu'on peut confectionner tout d'abord en caoutchouc dur et qui possède tous les avantages du voile de Kingsley ; puis, quand le patient y est habitué et que sa forme présente est assurée, en bourrant les moules, dans lesquels les palais de caoutchouc mou ont été vulcanisés, avec une autre quantité de caoutchouc, on obtient un palais en caoutchouc dur possédant tous les avantages d'un obturateur parfait.

Quand l'appareil est fait en caoutchouc mou et vulcanisé dans des moules en métal, spécialement construits comme ce procédé l'exige, l'opération est parfaitement indolore et le premier palais peut être porté sans irritation ni incommodité ; après quoi, les changements à apporter à sa forme, qui sont presque toujours nécessaires pour perfectionner le palais, sont aisément obtenus en élargissant ou en rétrécissant largement le modèle.

Dans ma première communication je présentai l'appareil comme composé de caoutchouc mou seulement, n'ayant pu juger de ses mérites quand il était en caoutchouc dur. Ottolengui, en ouvrant la discussion, dit : « J'avais toujours cru jusqu'à aujourd'hui qu'il était nécessaire, pour ceux qui traitent ces cas mécaniquement, de se décider entre un obturateur en caoutchouc durci et un voile en caoutchouc mou, mais M. Case nous a présenté un nouvel appareil. Il prétend que celui-ci diffère essentiellement du voile de Kingsley, et cela est exact non seulement quant à la forme, mais quant à l'action et à tous égards. Bien entendu ce n'est pas un obturateur en caoutchouc

dur, mais je considère que c'est plutôt un obturateur qu'un voile. »

Ceux auxquels les palais de Kingsley sont familiers, palais que j'ai employés avec une grande satisfaction pendant plus de 20 ans, se rappelleront que le voile (ou partie postérieure du palais) est soutenu en y étendant la portion centrale épaissie, et qu'à partir de ce point il s'aplatit graduellement jusqu'à devenir un bord relativement mince; alors il se courbe plus ou moins suivant la paroi pharyngienne, contre laquelle il est destiné à reposer pendant la contraction des muscles pharyngiens et palatins.

A cet égard, il est tout à fait différent de forme du palais que je vais décrire, en ce que, dans ce dernier, toute la partie centrale du palais est mince, tandis que le bord du voile est épais, ayant la forme d'un rouleau solide de 5 mm. de diamètre, ou de préférence triangulaire avec coins arrondis, de sorte que ses surfaces extérieures aplaties s'adaptent exactement et solidement aux parois pharyngiennes *quand les muscles sont contractés.*

La figure 1 représente une vue linguale du palais artificiel avec des sections transversales. Les figures 2 et 3 représentent le palais en position.

Dans les fissures étendues, les bords du voile s'étendent en avant le long des parois latérales du pharynx et de l'arrière-cavité des fosses nasales et, devenant plus minces, forment les bords des extensions nasales qui reposent sur le plancher des choannes.

Quand les fissures ne s'étendent pas dans le palais osseux, le voile a une forme semblable, mais la partie nasale est raccourcie de façon à s'adapter aux exigences du cas.

Quand les fissures s'étendent aux parties dures, le corps du palais, qui en couvre les bords et forme les ailes latérales sur le toit de la bouche, ne doit pas s'étendre en arrière des attaches du voile du palais bifurqué ni entraver la libre action des muscles; il ne doit pas s'étendre non plus sur le toit de la bouche plus loin qu'il n'est nécessaire pour donner une assiette solide au palais. Cette partie doit être de l'épaisseur d'une plaque de caoutchouc ordinaire, amincie le long de ses bords buccaux et épaissie pour former les bords nasaux.

Cette forme de palais, même quand elle est en caoutchouc flexible et qu'elle sert de voile, présente un grand nombre d'avantages importants :

1° La détérioration prématurée du caoutchouc, qui cause le relèvement des bords minces du voile, est entièrement empêchée. Quand cela se produit, ce qui est le cas fréquent des voiles ordinaires, la fonction vocale du palais est compromise, si elle n'est pas détruite, en proportion de l'échappement de l'air au niveau du bord qui s'est relevé;

2° Le bord lourd du voile est suffisamment souple et flexible pour

être porté commodément s'il est convenablement ajusté, et il offre aussi suffisamment de stabilité et de surface pour assurer un contact

Fig 1

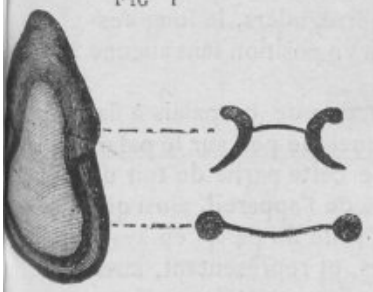


Fig. 2

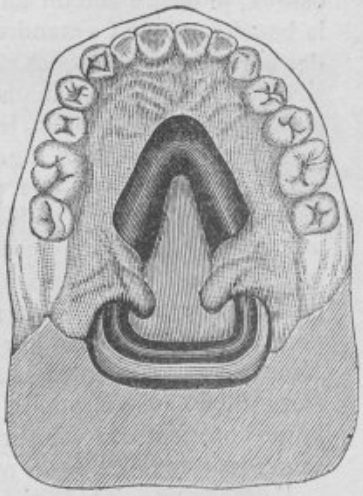


Fig. 3.

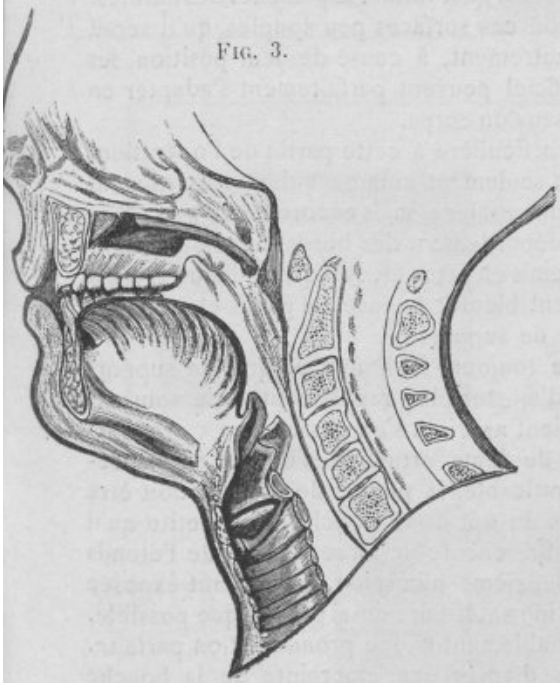
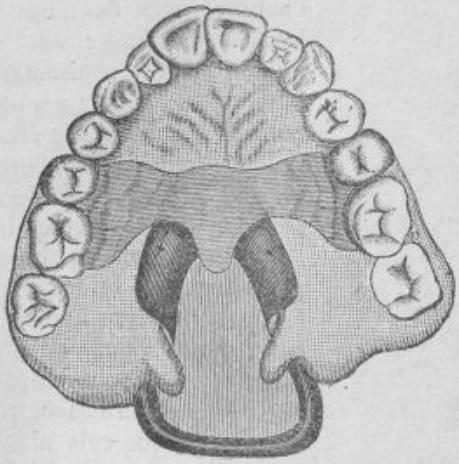


Fig. 4.



solide des muscles pharyngiens en fermant l'ouverture naso-pharyngienne ;

3° Dans des palais plus ou moins fissurés, la portion centrale mince qui s'avance dans le corps du palais permet une flexion par répercussion des parties latérales du corps, qui est souvent cause qu'il se met en place, en saisissant suffisamment les bords irréguliers, le long desquels il doit s'ajuster exactement pour se tenir en position sans aucune autre aide.

En prenant une empreinte pour la construction de ce palais à fissure étendue ou même à fissure s'étendant quelque peu sur le palais osseux, je désire obtenir un modèle parfait de cette partie du toit de la bouche, où doit s'étendre la partie palatine de l'appareil, ainsi que des bords des fissures des parties déclives du voile du palais en avant s'étendant un peu sur le plancher des narines, et représentant, aussi parfaitement que possible, les bords nasaux des fissures et des surfaces palatines des choannes (fig. 11 et 12).

Ces surfaces, dont une partie se trouve au-dessus des tissus pendants et instables du voile du palais, peuvent souvent être parfaitement reproduites dans le modèle d'une empreinte au plâtre. On constate habituellement, dans un cas typique, que les ouvertures nasales postérieures présentent un rétrécissement latéral et qu'à partir de ce point les fosses nasales s'élargissent pour former le plancher des narines. Avec une empreinte parfaite de ces surfaces peu souples, qu'il serait très difficile de reproduire autrement, à cause de leur position, les bords antérieurs du voile artificiel peuvent parfaitement s'adapter en se perdant dans les bords nasaux du corps.

J'attache une importance particulière à cette partie de l'opération, parce que je la considère non seulement comme aidant puissamment l'action propre des muscles pharyngiens, mais encore parce que, dans les fissures très étendues, le débordement des bords nasaux du palais artificiel peut être aisément remis en place et, que, quand l'ajustage est parfait, les patients apprennent bientôt à placer le palais et à le soutenir sans l'aide d'une plaque de support.

Je conseille cependant de toujours faire une plaque de support pour permettre aux patients d'ajuster plus rapidement et de soutenir les palais, jusqu'à ce qu'ils aient appris à s'en passer.

Quand il n'est pas besoin de dents artificielles ou, s'il en est besoin, quand un bridge est praticable, la plaque de support doit être faite pour couvrir une surface du toit de la bouche aussi petite qu'il est nécessaire pour qu'elle offre encore la force voulue. Je l'étends rarement plus loin que la deuxième bicuspide, en laissant exposée une partie de la surface palatine antérieure aussi grande que possible, car je crois que cela aide notablement à une prononciation parfaite.

La figure 4, qui est faite d'après une empreinte de la bouche avec l'appareil en place, présente la forme de la plaque de support que je fais d'ordinaire. Avant de prendre l'empreinte pour un palais

Fig. 5.

Fig. 6.

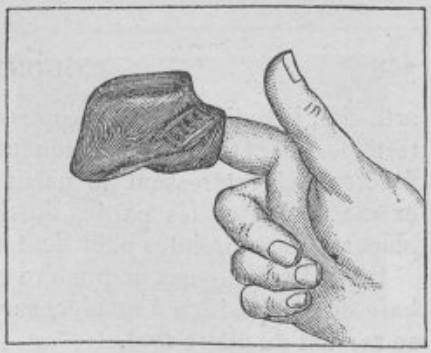


Fig. 7

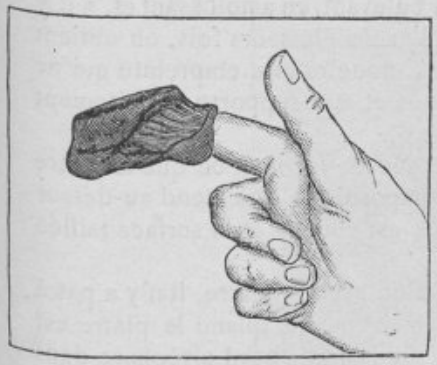


Fig. 8.

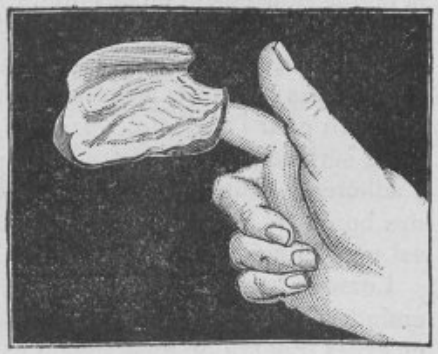
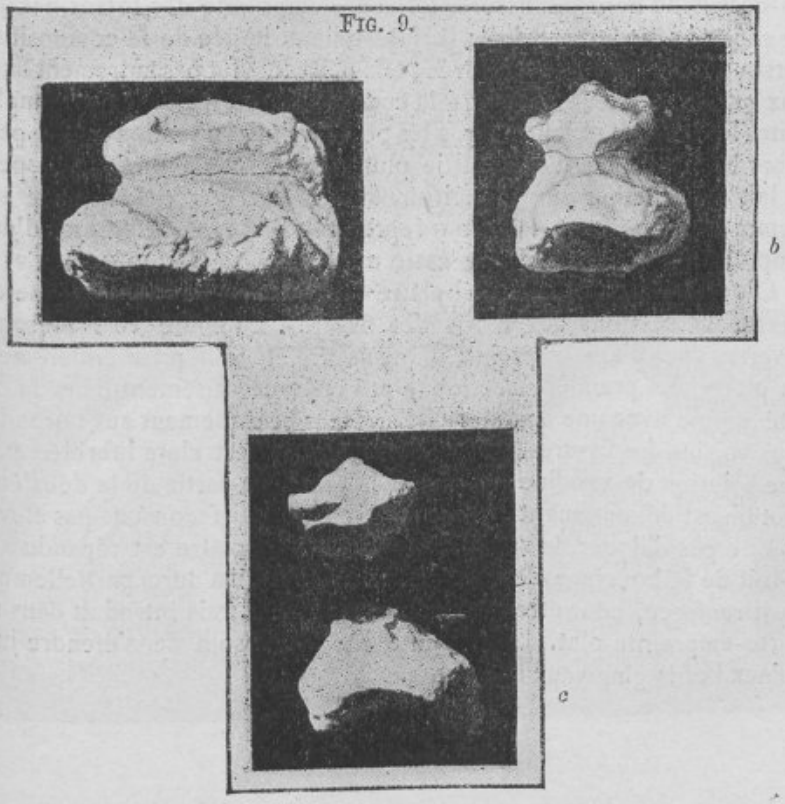


Fig. 9.



artificiel, j'étudie bien les fissures et les tissus environnants pour déterminer le caractère et l'étendue de l'empreinte. Pour toutes les fissures qui intéressent le palais osseux, une empreinte au plâtre exacte de toutes les parties dessinées n'est pas plus difficile que la plupart des empreintes pour dentures partielles.

Il y a deux moyens de prendre ces empreintes : 1° en formant une base de composition à mouler, sur laquelle on étend le plâtre ; 2° en se servant du plâtre seul.

Pour le premier, on entoure l'index de la composition (fig. 5) et on la presse doucement en position. En enlevant, en amollissant et, s'il y a lieu, en refaçonnant et en coupant l'excès plusieurs fois, on obtient finalement avec cette composition à modeler une empreinte qui ne déplace pas les bords postérieurs mous et qui supporte parfaitement le plâtre pour l'empreinte finale (fig. 6).

La surface palatine est alors disposée de façon à ce que le plâtre y adhère et toute la portion de la composition qui s'étend au-dessus des bords les plus voisins des fissures est coupée et la surface taillée est unie et huilée (fig. 7).

Lorsque la masse est mise en position avec le plâtre, il n'y a pas à craindre de ne pouvoir l'enlever aisément même quand le plâtre est en excès (pourvu qu'il ne vienne pas en avant du bord alvéolaire dans les fissures extensives doubles), car toute cette portion qui s'étend au-dessus du bord des fissures formant l'empreinte des fosses nasales se séparera facilement de la surface unie et huilée de la composition lorsque l'empreinte sera enlevée ; elle n'est en effet pas autrement fixée aux parties inférieures lorsque la composition forme un pont complet entre les fissures et leurs bords les plus voisins. La section nasale peut alors être refoulée vers la partie plus ouverte des fissures et on peut la laisser retomber sur un miroir à bouche, d'où on la replace sur l'empreinte (fig. 8). La figure 9 représente des vues différentes d'une empreinte au plâtre prise de cette manière.

D'ordinaire je préfère le plâtre seul, en le divisant comme ci-dessus en sections aux bords des fissures. La figure 10 représente diverses vues d'une empreinte d'une fissure étendue prise entièrement au plâtre. La première section a été enfoncée aisément dans la cavité nasale avec une spatule, en l'arrêtant brusquement aux bords les plus voisins des fissures. La surface inférieure est alors lubrifiée avec une solution de vaseline blanche et la première partie de la deuxième section est délicatement posée avec la spatule, de façon à ne pas élever et à ne pas déloger la section supérieure. Le plâtre est répandu sur le toit de la bouche avec une spatule et, quand il a durci partiellement il est renforcé, pour être enlevé, avec du plâtre frais introduit dans un porte-empreinte plat. L'empreinte n'a pas besoin de s'étendre jusqu'aux bords gingivaux des dents.

FIG. 10

FIG. 11.

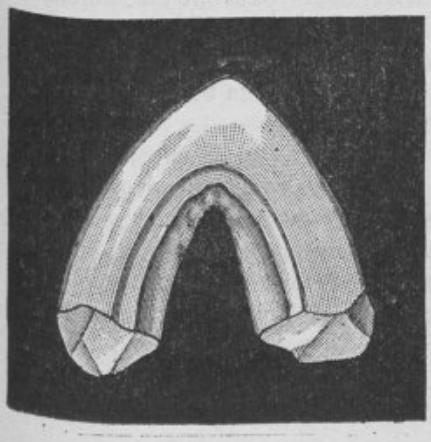
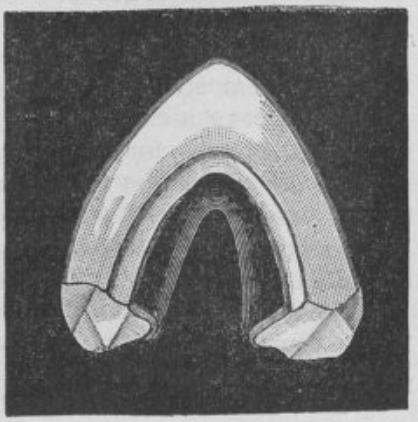


FIG. 12.



En remplissant et en façonnant les modèles donnés par ces empreintes, presque toute la portion noire des attaches du palais mou est coupée et la partie nasale est ouverte et librement exposée aux bords nasaux extrêmes produits par l'empreinte.

Cela a pour but de faciliter le façonnage du modèle au composé du palais, ainsi que son rapide enlèvement et son rapide placement pendant les essais répétés dans la bouche.

La figure 11 représente l'aspect lingual du modèle fini. L'aspect nasal serait tout à fait semblable,

Le modèle du corps du palais (fig. 12) est formé d'abord, puis introduit dans la bouche pour l'essai. A ce moment, les extensions nasales latérales du modèle du palais doivent être raccourcies pour en faciliter l'introduction. Elles peuvent être ajoutées au moment du placement et, si on le désire, être étendues encore en râclant les moules en métal.

La position de la surface des bords du voile est déterminée par une boucle de fil de cuivre souple et mince n° 20, dont les extrémités passent dans des tubes minces d'environ 12 mm. de long, engagés dans la surface supérieure du modèle du palais (fig. 13).

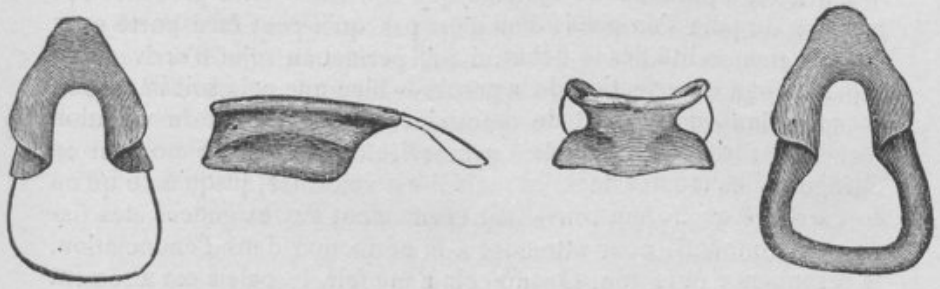
La boucle est tirée en dehors pour avoir la forme et la dimension voulues, et le modèle du palais est introduit dans la bouche pour correction, etc..., jusqu'à ce que le fil repose le long de la région des parois pharyngiennes la mieux appropriée, pour qu'elles unissent leur action musculaire à celle du voile artificiel pour fermer définitivement l'ouverture naso-pharyngienne.

Le tracé de cette zone, qui doit s'étendre depuis l'extension latérale des bords nasaux de chaque côté jusqu'à une ligne immédiatement antérieure ou légèrement supérieure à la région où se fait sentir l'action du muscle pharyngien supérieur dans sa contraction la plus énergique, est choisi soigneusement de façon à éviter d'empiéter sur l'ouverture de la trompe d'Eustache et à obtenir la plus grande action possible des muscles. Les muscles environnants peuvent être amenés à se contracter par un léger chatouillement de la surface et, ce qui a le plus d'avantage, les parois pharyngiennes, au-dessus et au-dessous du fil, peuvent être vues aisément au travers de la boucle ouverte, et l'action des muscles peut être étudiée.

Quand la boucle tourne en avant pour passer sous l'ouverture de la trompe d'Eustache, les surfaces pharyngiennes sont souvent froncées et plissées irrégulièrement, de sorte qu'en trouvant le tracé plus uni sur ces bords, pour empêcher l'air de s'échapper au bord du voile par ces sillons, on peut juger opportun d'élever ou d'abaisser le fil sur un côté plus que sur l'autre. En avant de celui-ci, il vient bientôt en contact avec les surfaces supérieures des muscles palatins, quand il entre dans les choannes.

Après avoir ajusté le fil pour marquer les lignes désirées du voile, le rouleau de composition qui doit former le modèle du bord (fig. 14) peut être attaché à la boucle en suivant les contours de la surface périphérique. Il est placé chaud dans la bouche et on recommande au patient d'avaler, ce qui, après plusieurs fois, donne une empreinte parfaite du bord extérieur de la zone désirée, quand les muscles sont contractés [1].

FIG. 13. FIG. 14



Le but du voile ou de la portion pharyngienne, comme Suersen l'a signalé au début de la construction des palais artificiels rationnels, est de donner l'aide la plus grande possible aux muscles, principalement au constricteur supérieur du pharynx, pour amener la fermeture complète du passage nasal, en vue de l'articulation des parties énonciatives des consonnes, suivie immédiatement ou précédée par l'ouverture la plus large possible, quand les muscles se relâchant pour l'émission des sons résonnants ou ouverts.

On voit par là que la position relative du bord ou de la surface de contact du voile doit être strictement celle qui est nécessaire pour que les muscles atteignent et ferment complètement l'espace, de façon à ce que la résonnance ou faculté de lancer librement le son dans la chambre résonnante de nos organes vocaux ne soit pas entravée — ce qui est tout aussi important pour la perfection de la parole que pour une articulation distincte.

Je ne vois point de raison pour que la surface pharyngienne de contact du palais soit plus large qu'il n'est nécessaire pour permettre la stabilité parfaite du contact musculaire, comme cela semble être montré par le modèle de Molyneux, et je ne vois pas non plus que la portion centrale du palais ait besoin d'être plus épaisse qu'il ne faut, pour arrêter l'air, dont le passage produit la voix.

Si le diaphragme est une plaque mince de caoutchouc ou d'or,

1. Grant Molyneux a été le premier à se servir d'un fil métallique pour obtenir des empreintes au plâtre des parois pharyngiennes.

l'espace nécessaire à la résonnance et à la respiration nasale ne sera pas obstrué.

J'avais appelé tout d'abord ce palais *voile obturateur* parce qu'il joue un double rôle, mais comme l'a dit Ottolengui, c'est plus un obturateur qu'un voile et cependant, s'il est fait en caoutchouc mou vulcanisé dans des moules de métal et convenablement construit suivant la méthode et les principes que j'ai exposés, il donne au patient et à l'opérateur tous les avantages d'un voile en caoutchouc mou.

L'avantage principal du système qui consiste à faire précéder l'opération du port d'un palais mou n'est pas qu'il peut être porté avec plus de commodité dès le début, ni qu'il permet au sujet d'arriver plus rapidement à la perfection de la parole — bien que cela soit important — mais bien qu'il permet de déterminer plus aisément la variation légère de forme qu'il peut être nécessaire et possible de modifier en changeant les moules dans lesquels il est vulcanisé, jusqu'à ce qu'on soit arrivé à une forme convenant exactement aux exigences des tissus environnants, pour atteindre à la perfection dans l'énonciation, la résonnance et le ton. Quand cela a été fait, le palais est aisément changé par le remplacement d'un obturateur mou par un obturateur en caoutchouc dur, en bourrant simplement les mêmes moules avec de la vulcanite dure, au lieu de vulcanite molle.

Le fait que ce changement peut être opéré sans imposer au patient ou à l'opérateur une autre opération complète et que le palais en caoutchouc durci a la même forme que celui qui est mou, auquel le patient s'est habitué, a une importance incalculable.

En outre, ce changement peut être fait graduellement en bourrant une portion du moule avec du caoutchouc dur, et le reste avec du caoutchouc mou.

Quand je suis prêt à le remplacer par un obturateur, j'ai pour habitude de faire les premiers avec le corps, ou portion naso-palatine, en caoutchouc dur et le voile en caoutchouc mou. Cela n'expose pas les tissus sensibles à un changement trop subit.

Un bon moyen consiste à faire la portion centrale mince avec une plaque d'or dure et aussi mince que le n° 38. La plaque d'or est coupée de la dimension voulue pour permettre à ses bords de s'étendre partiellement dans le bord épais du voile. Celui-ci est alors mis en place dans le moule et le caoutchouc est bourré comme précédemment.

Si le bord du voile est en caoutchouc mou et la portion centrale en or, je ne doute pas que le palais ne dure des années sans détérioration fâcheuse. Cela permet un léger mouvement élastique du voile, qui est toujours désirable.

RÉUNIONS ET CONGRÈS

ASSOCIATION GÉNÉRALE DES DENTISTES DE BELGIQUE

Réunions des 14 et 15 octobre 1905 à Bruxelles.

Les méfaits du coryleur. — Accidents de dent de sagesse méconnus pendant douze ans. — Préparations anatomiques. — Eruption tardive d'une dent surnuméraire. — Diaphanoscopie. — Anesthésie locale par la suprarénine-cocaïne. — Seringue de Pravaz à réservoir. — Couronnes en amalgame. — Aurification à l'or platiné. — Traitement de la pyorrhée alvéolaire. — Appareils à succion pour la mâchoire inférieure. — Bridge-work par le système Samsioe. — Redressement par expansion des maxillaires.

L'Association générale des Dentistes de Belgique avait organisé les 14 et 15 octobre des réunions très intéressantes auxquelles elle avait convoqué tous les dentistes belges et auxquelles elle nous avait fait l'honneur de nous inviter. Nous avons saisi avec plaisir cette occasion de nous trouver au milieu de confrères dont l'amabilité nous était connue de longue date et dont, depuis de longues années, nous suivons avec le plus grand intérêt les efforts faits en vue du relèvement professionnel dans leur pays.

L'Association générale des Dentistes de Belgique a créé, il y a quelques années, une Société coopérative de fournitures dentaires qui a servi de modèle à celle créée à Paris par l'Association générale des Dentistes de France. Plus récemment elle a fondé un dispensaire dentaire fonctionnant sans aucune subvention officielle, avec les seules ressources des membres qui veulent bien s'imposer une cotisation supplémentaire élevée et qui, en outre, viennent à tour de rôle donner leurs soins aux indigents, tout en faisant profiter de leur expérience les élèves bénévoles qui suivent le service.

Coopérative et dispensaire se sont installés dans un très confortable local de la rue du Marché-du-Parc, où se sont tenues les deux réunions des 14 et 15 octobre.

Le samedi soir, à 8 h. 1/2, avait lieu une réunion scientifique qui débuta par une adresse du dévoué président de l'Association, M. Baruch; celui-ci souhaita la bienvenue à tous les confrères belges et étrangers qui étaient venus y assister. Il montra que les résultats obtenus déjà par l'Association étaient la meilleure réponse à faire aux

détracteurs de cette œuvre d'émancipation professionnelle et, en terminant, formula le vœu que cette réunion fût le prélude de réunions semblables organisées à intervalles réguliers dans les diverses villes de la Belgique.

Nous répondîmes à cette adresse par une allocution dont on trouvera ailleurs le texte. (Voir page 349.) Puis on passa à la lecture et à la discussion des diverses communications à l'ordre du jour.

M. Versluysen, d'Anvers, sous le titre : *Les méfaits du coryleur,* relata l'observation d'un accident tout à fait extraordinaire survenu à l'occasion d'une anesthésie au coryl.

Une dame se présenta chez lui pour se faire extraire une seconde grosse molaire inférieure. L'auteur fit d'abord une application sur la gencive d'un tampon imbibé d'anesthésique de Mitchell pour rendre indolore la piqûre de stovaïne qu'il fit ensuite. Il se mit alors en devoir d'extraire la dent, mais celle-ci cassa. Dans le but de calmer l'appréhension de la malade au sujet d'une reprise de l'opération, il lui fit, durant quelques secondes sur la surface cruentée résultant de l'opération, une application de coryl ; mais, après quelques instants, la malade étant très timorée, M. Versluysen renonça à poursuivre plus loin son opération et, passant dans une autre pièce, laissa la malade s'habiller pour se retirer. Au bout de quelques minutes la malade, subitement indisposée, le redemandait près d'elle. Il la trouva la figure et le cou gonflés, présentant de la dyspnée et en proie à une vive émotion. Il s'aperçut alors que cette malade présentait un emphysème sous-cutané de la face et du cou s'étendant jusqu'au niveau de la quatrième côte. L'auteur fit immédiatement appeler un médecin qui confirma son diagnostic et rassura la malade sur les suites de cette complication ; au bout d'une heure la malade put rentrer chez elle et notre confrère croyait que tout se terminerait bien quand, dans la nuit, on vint lui apprendre que, la dyspnée ayant augmenté d'une façon inquiétante, un laryngologiste venait d'être appelé pour faire une trachéotomie. Heureusement celle-ci put être évitée et les accidents dyspnéiques purent être enrayés grâce à des injections de caféine. Néanmoins cet emphysème cutané mit huit jours à disparaître.

M. Versluysen, cherchant à interpréter la pathogénie de cet accident, pense qu'il est dû à la pénétration, dans le tissu cellulaire, des gaz du chlorure d'éthyle méthylé par l'intermédiaire de la plaie sur laquelle il avait fait sa pulvérisation de coryl.

M. Versluysen lit ensuite, au nom d'un de ses confrères, une observation d'*accidents dentaires méconnus* d'un malade âgé de 65 ans ayant présenté pendant douze ans une tuméfaction de la région sous-maxillaire avec suppuration chronique, dont l'origine dentaire fut méconnue pendant ce long laps de temps. Ces accidents étaient dus à une dent

de sagesse inférieure ayant évolué à travers la table externe de l'alvéole, dent qui fut enlevée par notre confrère et dont l'extraction entraîna la disparition immédiate de la tuméfaction et de la suppuration qui l'accompagnait.

La face externe de cette dent, qui, la première, avait traversé la table alvéolaire externe, était usée comme par une lime.

M. Verschueren, d'Anvers, présente une série de *préparations anatomiques* fort bien faites par lui-même concernant des anomalies dentaires très intéressantes rencontrées sur divers crânes.

Parmi ces pièces nous en citerons deux plus particulièrement intéressantes : l'une était le crâne d'un criminel qui présentait de nombreuses anomalies de direction, plusieurs dents incluses dans le maxillaire et enfin deux dents surnuméraires volumineuses entre les deux incisives centrales supérieures. Ce crâne présentait un outre une anomalie des os propre du nez, celui du côté droit étant presque complètement atrophié. Ce cas vient confirmer ce que nous savons de la fréquence des anomalies dentaires chez les dégénérés.

Une autre pièce intéressante était un maxillaire inférieur provenant de l'autopsie d'un homme mort d'accidents septiques dont l'origine avait été méconnue avant la mort par le chirurgien qui avait négligé de faire examiner la bouche par un dentiste. Il s'agissait dans ce cas d'une dent de sagesse évoluant presque horizontalement d'arrière en avant, sa face triturante contre la face postérieure de la seconde grosse molaire.

M. de Leeuw, d'Anvers, avait envoyé une note concernant l'*éruption d'une dent surnuméraire tardive* ayant fait son éruption à 59 ans.

Un fabricant d'instruments fit ensuite une présentation d'un instrument pour la *diaphanoscopie*.

Nous avions fait pour notre part une communication sur un cas de *fibrome diffus des mâchoires chez un enfant*.

Après la séance, une collation était servie par l'Association générale à ses invités, qui burent à la prospérité de cette société qui savait si aimablement donner à ses hôtes le pain du corps et celui de l'esprit.

Le lendemain matin, dimanche, à 9 heures, avait lieu une séance de démonstrations très intéressantes dans les salles du dispensaire, très bien aménagées.

M. Redlich, de Maëstricht, a fait avec succès, de nombreuses *extractions avec anesthésie locale à l'aide de la suprarénine-cocaïne*, solution ainsi composée :

Cocaïne	0,01.
Suprarénine	0,00013.
Chlorure de sodium	0,009.

M. Redlich présentait aussi une *seringue de Pravaz* avec réservoir pour contenir la solution à injecter.

M. Redlich fit également une démonstration d'*aurification de contour*.

M. O. Rubbrecht, de Bruges, fait une démonstration de *couronnes en amalgane*.

M. Quarterman, de Bruxelles, présente plusieurs malades qu'il a traités avec succès pour de la *pyorrhée alvéolaire* par curettage des racines ou par trépanation de la dent.

Il fait une démonstration d'aurification avec l'or platiné de Watts et présente enfin une série de cas de redressement.

M. Capron, de Bruxelles, présente des appareils de la mâchoire inférieure munis de succion à ventouse.

M. Baruch, de Bruxelles, fait une démonstration de bridge-work par le système Samsioe, métal fusible à basse température qui permet de faire extemporanément des dents à pivot et des bridges.

M. Alp. Rubbrecht, de Bruges, présente une série très intéressante de modèles-types de redressement compliqués qu'il a traités par l'expansion des maxillaires sans extraction de dents avec un résultat des plus satisfaisants.

Nous avons, pour notre part, présenté un appareil de prothèse nasale pour un malade ayant subi l'ablation de la moitié gauche du nez pour une récidive d'épithélioma.

Une maison d'électricité avait fait une exposition intéressante de ses différents appareils.

Toutes ces démonstrations ont été suivies avec le plus grand intérêt par la nombreuse assistance qui se pressait dans les salles du dispensaire.

A une heure on se rendait à l'hôtel du Grand Miroir, où un dîner amical réunissait les assistants. Au dessert, M. Baruch, au nom de l'Association générale des dentistes de Belgique, a remercié les auteurs de communications et de démonstrations et a promis que l'Association organiserait dans trois mois une réunion semblable. MM. Redlich, Roy, O. Rubbrecht, ont ensuite tour à tour pris la parole pour féliciter l'Association de l'œuvre entreprise par elle et de son succès. Nous avons été particulièrement heureux de voir M. le Dr O. Rubbrecht, secrétaire de la Société de stomatologie de Bruxelles, prendre part à ce banquet et à ces réunions, où comme on l'a vu, il a fait une présentation. Sa présence démontrait que, entre gens également dévoués aux progrès de leur art, il est toujours facile de réaliser une entente que nous espérons voir un jour s'étendre à tous les éléments professionnels.

Nous ne voulons pas terminer ce compte rendu sans remercier bien sincèrement nos confrères belges de leur aimable accueil et tout particulièrement nos excellents amis Quarterman et Baruch, qui se prodiguent toujours sans compter pour les intérêts professionnels.

MAURICE ROY.

CONGRÈS DE CHERBOURG

Sur la proposition de son président, M. Frey, la Section d'Odontologie du Congrès de Cherbourg a nommé un certain nombre de Commissions chargées de réunir des documents et renseignements odontologiques pour l'année 1905-06. Chacune de ces commissions possède un secrétaire chargé de se mettre en contact au moins une fois par trimestre avec les membres de ces dernières et d'élaborer un rapport qui sera porté devant le Congrès de Lyon de 1906.

Ces commissions, au nombre de huit, sont composées des confrères suivants qui ont bien voulu s'inscrire, mais nous espérons que nombre d'autres confrères viendront y ajouter leurs noms.

Orthodontie. *Prothèse de cabinet.*	MM. J. Bonnaric (Lyon) Bouvet (Angers). Godon (Paris). Martinier (Paris). Sauvez (Paris).	*Secrétaire :* M. Masson (Paris).
Etiologie de la carie. *Hygiène dentaire.*	MM. Audy (Senlis). Besson (Grenoble). Chateau (Grenoble). Henry (Cherbourg). Rozenbaum (Paris). Thuillier (Rouen).	*Secrétaire :* M. Frey (Paris).
Polyarthrite alvéolo-dentaire. *Erosion chimique.*	MM. Besson (Grenoble). Godon (Paris). Lignères (Paris). Pont (Lyon). Sauvanet (Issoudun).	*Secrétaire :* M. Frey.
Anesthésie.	MM. Dalban aîné (Grenoble). Lalement fils (Nevers). Sauvez. Touchard. Vichot (Lyon).	*Secrétaire :* M. Blatter (Paris).

Traitement de la carie.	MM. Brodhurst (Montluçon). Pothier (Vichy). Sauvanet (Issoudun). D. Tzanck (Paris). Vichot (Lyon). Whyting (Vichy).	*Secrétaire :* M. Hugot (Paris).
Prothèse bucco-faciale.	MM. Delair. Frey. Martin (Lyon). Michaëls. Pont (Lyon). Roy.	*Secrétaire :* M. Lecomte.
Prothèse d'atelier.	MM. Billet. J. Bonnaric (Lyon) Delair. Ravet (Lyon). Viau.	*Secrétaire :* M. Georges Villain.
Anatomie, physiologie, stomatologie.	MM. Choquet. Grandjon (Marseille). Roy. Sauvez.	*Secrétaire :* M. Pont (Lyon).

NOTA. — Nous faisons observer que ce sont là des listes ouvertes pour toute l'année 1905-06 ; pour s'y faire inscrire il suffit de s'adresser au secrétaire de la Commission dont on désire faire partie.

L. FREY.

REVUE ANALYTIQUE

Par MM. Henri Dreyfus et Georges Lemerle.

Porcelaine fusible. — Inlay à bords parallèles. — Des indications et de la durée comparée des obturations à l'or et des inlays de porcelaine. — Préparation des cavités pour obturations à la porcelaine. — Nouvelle méthode pour former les matrices à inlays. — L'intoxication par la cocaïne. — L'abcès chaud de la langue. — Mal perforant buccal et maux plantaires tabétiques. — Fracture de l'angle du maxillaire inférieur. — Le permanganate de potasse hémostatique local.

Porcelaine fusible.

De toutes les opérations concernant le travail de la porcelaine, aucune n'est plus importante que celle de la fusion, et aucune ne présente à l'opérateur plus de difficultés. Quelles sont ces difficultés ? Savoir exactement si la température employée pour obtenir la fusion est suffisante, ou si elle n'est point trop élevée ; savoir aussi pourquoi nous trouvons parfois de la porosité dans le bloc obtenu et pourquoi dans d'autres cas nous n'en trouvons point ; pourquoi encore la porcelaine est quelquefois rugueuse, et pourquoi sa couleur n'est pas toujours la même.

C'est une opinion courante de croire qu'il vaut mieux obtenir une porcelaine poussée à une fusion insuffisante qu'une autre obtenue avec une fusion trop forte, car il est commun de dire que cette dernière n'est pas aussi solide que la première. Cela est une erreur ; c'est même une erreur grave surtout au sujet de la porcelaine avec laquelle je suis familiarisé.

Une porcelaine insuffisamment cuite ne possède pas la couleur qu'elle devrait avoir et la faiblesse de cette cuisson est en rapport direct avec la petite quantité ou l'absence de coloration produite.

Il résulte en effet de mes expériences les faits suivants.

Lorsque l'on cuit une pâte on obtient :

A 1700° F. Pâte biscuitée incolore.

A 1800° F. Légère indication de coloration.

A 1900° F. La coloration augmente, accompagnée d'un certain aspect brillant.

A 2016° F. (C'est là le point de fusion de l'or). On constate un reflet jaune et brillant.

Que l'on ajoute 50° encore et la couleur apparaît déjà mieux.

Enfin la surface ne paraît vraiment polie que si l'on ajoute encore 90°. On voit donc que l'on n'a qu'à gagner en poussant les pâtes à une haute température.

La porosité du bloc de porcelaine obtenue reconnaît des causes diverses.

En premier lieu, elle résulte souvent de l'erreur qui consiste à exécuter son inlay devant le patient et avec une hâte trop grande. La cuisson est alors insuffisante, car il faut pouvoir disposer de tout son temps.

On trouvera une autre cause de la porosité dans le fait de porter tout de suite la pâte dans un four à température trop élevée ; la vapeur formée amène la porosité de la porcelaine.

Il en est encore de même lorsqu'on laisse la pâte dans sa matrice métallique devant la porte du four, pour la sécher.

Le métal de la matrice, bon conducteur, absorbe immédiatement toute la chaleur et détermine la formation de vapeur au fond de la cupule. C'est cette vapeur d'eau qui donne à la porcelaine son aspect poreux.

La meilleure manière d'opérer consiste donc à sécher doucement, progressivement sa pâte, sans se presser.

L'emploi d'une spatule sale dans le maniement de la pâte est très fréquemment la cause d'une décoloration de l'inlay. La plus rigoureuse propreté doit régner pour tous les instruments qui servent au travail de la porcelaine.

Autrefois on s'étonnait de voir une même pâte mettre tantôt deux, tantôt trois, tantôt quatre minutes pour cuire. Cela tient à ce fait que des erreurs d'appréciation de la chaleur initiale sont fréquentes, selon le degré variable auquel commence la cuisson et, s'il s'agit d'un four électrique, selon les variations du voltage. Aujourd'hui on possède avec le pyromètre un appareil excellent qui permet d'évaluer la température à tous moments, et avec lequel aucune erreur n'est possible.

BREWSTER (*Dental Cosmos*, avril 1905).
G. L.

Inlay à bords parallèles.

On peut prévoir le temps prochain où la porcelaine remplacera entièrement l'or en dentisterie opératoire.

L'or n'est pas une matière d'obturation parfaite; il est conducteur thermique et électrique. Il agit défavorablement sur les terminaisons nerveuses de la pulpe qu'on est souvent obligé de supprimer. Placé sur les dents antérieures, l'or est inesthétique. D'autre part, on voit la carie récidiver parfois au niveau des bords d'une aurification même parfaitement construite.

La porcelaine au contraire n'est pas conductrice, et en tous cas le ciment compris entre l'inlay et la cavité sert d'isolant. Au point de vue esthétique la valeur de la porcelaine n'est pas contestable.

Son exécution peut être rendue rapide et facile en prenant quelques précautions. On cherchera à obtenir des cavités à parois parallèles et dont les bords seront bien tranchants.

Comme la perfection de l'inlay dépend de la justesse de l'empreinte de la cavité, on pourra employer pour obtenir une bonne empreinte le moyen suivant :

On prendra une première empreinte de la cavité à l'aide d'une feuille de platine et de ciment. On obtiendra ainsi un petit bloc représentant exactement le futur inlay. Sur ce bloc on prendra une seconde empreinte avec une autre feuille de platine et l'on aura ainsi une matrice parfaitement exacte dans laquelle il ne restera plus qu'à couler la pâte fusible.

LE CRON (*Dental Record*, mai 1905).
G. L.

Des indications et de la durée comparée des obturations à l'or et des inlays de porcelaine.

L'auteur étudie les indications et les contre-indications de ces deux procédés d'obturation au niveau de chaque dent, et son opinion se résume en un certain nombre de propositions, dont voici les principales :

1° Aurification dans les petites cavités proximales des incisives et des canines, trop petites pour la porcelaine, et d'ailleurs peu visibles ;

2° Aurification sur la face linguale des mêmes dents ;

3° Pour les incisives et canines présentant des caries proximales s'étendant jusque sur les faces labiales et linguales, on doit obturer avec de l'or parce que la porcelaine sauterait sous l'effort de la mastication ;

4° Pour les mêmes dents, s'il s'agit de faces labiales, on emploiera de l'or pour les petites cavités sous-gingivales parce que, dans ce cas, si l'on plaçait une porcelaine, le ciment de scellement en serait rapidement désagrégé. Dans les autres cas de cavités sur les faces labiales il est, au contraire, absolument indiqué d'employer la porcelaine ;

5° Pour les faces linguales d'incisives et de canines, employer de l'or, matière plus résistante pour la mastication, mais on doit craindre la sensibilité au froid, surtout si la pulpe est proche du métal obturant;

6° Si l'on a affaire aux mêmes dents à propos de lésions siégeant au niveau des bords tranchants, on emploiera de l'or pour opérer la reconstitution, si la perte de substance est petite ; si elle est considérable, la porcelaine, au contraire, sera plus indiquée ;

7° Les mêmes considérations que pour les incisives s'appliquent à la face buccale des petites molaires ;

8° Pour les molaires où le côté esthétique entre beaucoup moins en ligne de compte, le métal est préférable ; cependant, sauf s'il s'agit de petites cavités, la porcelaine pourra être employée avec succès.

En résumé, conclut l'auteur, l'or a été longtemps considéré comme ce qu'il y avait de mieux en fait de matières obturatrices. La porcelaine, nouvelle venue, est incontestablement plus esthétique que l'aurification, mais sa solidité est-elle aussi grande ? L'emploi de la porcelaine est encore trop récent pour que sa durée ait pu être prouvée par le temps.

HOFHEINZ (*Items of Interest*, juin 1905).
G. L.

Préparation de cavités pour obturations à la porcelaine.

On peut résumer les conseils de l'auteur dans les recommandations suivantes :

1° Opérer un curettage parfait de la cavité à obturer ;

2° Se ménager de bons bords d'émail, épais et résistants;

3° Nécessité absolue d'obtenir une cavité à parois parallèles. L'importance de ce fait est évidente si l'on veut obtenir une bonne empreinte de la cavité;

4° Il faut que les bords de cette cavité soient légèrement taillés en biseau, afin que le bloc de porcelaine s'ajuste exactement sur ces bords et ne laisse pas apparaître de ciment.

L'auteur conclut en faisant remarquer la possibilité de placer un inlay dans une cavité à fond plus grand que son ouverture. Il suffit pour cela, dit-il, d'aurifier la portion de la cavité qui se trouve en retrait, avant de placer l'inlay. Ce procédé serait indiqué lorsque la carie s'étend loin sous l'émail, mais cependant il ne faut en aucun cas laisser une trop grande marge d'émail surplomber la cavité.

REEVES (*Dental Digest*, mars 1905).
G. L.

Nouvelle méthode pour former les matrices à inlays.

Tous les praticiens connaissent la difficulté qui existe pour sortir l'empreinte métallique d'une cavité sans la tordre ou la fausser. On a cherché à y remédier en remplissant la feuille de platine qui sert à prendre les empreintes, avec diverses matières destinées à empêcher le faussement de l'empreinte à sa sortie de la cavité. Les substances les plus employées dans ce but sont la cire, la paraffine, la gutta. Mais, à mon avis, elles laissent dans le métal des traces impossibles à nettoyer, et nuisent aux qualités de l'inlay et au succès de sa cuisson et sa coloration.

A la place de ces substances l'auteur propose la gomme de camphre, dont il a obtenu les meilleurs résultats.

L'empreinte peut en effet se retirer facilement à l'aide d'un instrument légèrement chauffé et qui s'enfonce sans résistance dans la gomme. Une fois l'empreinte retirée, on enlève le camphre qui comble la cupule de platine avec de l'alcool. On termine le nettoyage en enflammant les restes d'alcool camphré qui se trouvent encore sur la matrice.

On obtient ainsi une matrice qui n'est jamais déformée en sortant de la cavité et cependant toujours parfaitement propre.

C. ALLEN (*Dominion Dental Journal*, avril 1905).

G. L.

L'intoxication par la cocaïne.

Dans cet important travail qui occupe trente-deux pages des *Annales d'hygiène publique et de la médecine légale*, le professeur Brouardel étudie l'intoxication aiguë et chronique par la cocaïne. Il rappelle l'origine de cet alcaloïde, et en étudie rapidement le mode d'action, l'absorption, l'élimination ; celle-ci se fait par les reins, mais il ne passe dans les urines que la cinquième partie environ de la cocaïne absorbée, les quatre autres cinquièmes étant transformés dans l'économie — surtout dans le foie.

L'intoxication aiguë peut être consécutive à l'ingestion stomacale, à l'absorption par le rectum, les muqueuses, les séreuses, à l'injection sous-cutanée, ou sous-muqueuse, à la rachicocaïnisation.

Dans l'Amérique du Sud, il arrive qu'on signale des accidents aigus à la suite de la mastication d'une quantité trop élevée de feuilles de coca, mais ces accidents seraient rares. L'ingestion stomacale de cocaïne à dose excessive résulte presque toujours d'une méprise du médecin, du malade ou du pharmacien. Des différents faits cités par M. Brouardel, on peut conclure que par la voie gastrique 10 centigrammes peuvent être tolérés, que 30 à 50 centigrammes donnent lieu à des troubles inquiétants de la circulation et de la respiration. Au delà, la dose doit être considérée comme pouvant être mortelle.

Quelques accidents mortels ont aussi été signalés, consécutivement à l'application de suppositoires à la cocaïne (0 gr. 25) et à la suite de lavements cocaïnés.

Les muqueuses absorbent très facilement la cocaïne, et d'autant plus que la circulation y est plus active ; une muqueuse congestionnée et enflammée absorbera beaucoup plus qu'une muqueuse saine. Mais ici encore les faits se contredisent souvent, et divers facteurs, que nous ne connaisons pas tous, interviennent pour expliquer ces résultats discordants : la peur éprouvée par le malade se place au premier rang. Ces remarques s'appliquent également à l'absorption par les séreuses ; nombre d'immunités et d'accidents en apparence contradictoires peuvent s'expliquer par la difficulté dans un cas, par la facilité dans l'autre, avec laquelle se fait l'absorption. La moindre inflammation, la présence d'ulcérations doit provoquer chez le médecin une réserve extrême dans l'emploi de la cocaïne.

Quand il s'agit d'injections sous-cutanées et sous-muqueuses, on peut considérer comme une règle que chez l'adulte une dose de 5 centigrammes de cocaïne est bien tolérée lorsque la solution est titrée à 1 ou 2 p. 100. Les doses comprises entre 5 et 20 centigrammes sont des doses d'alarme ; les accidents mortels sont rares, mais les alertes fréquentes. Au delà de 20 centigrammes, tout le monde est d'avis que la cocaïne expose à des dangers mortels.

Ici l'auteur décrit sommairement la méthode que M. Sauvez a magistralement exposée dans un ouvrage récent, et il conseille la plus grande prudence dans l'emploi de la cocaïne, surtout en art dentaire, où des solutions faibles suffisent, sans qu'on ait à dépasser la dose de 3,ou mieux de 2 centigrammes. Encore ces précautions ne suppriment-elles pas définitivement les alertes.

Après quelques pages consacrées à la rachicocaïnisation, M. Brouardel conclut contre cette méthode hasardeuse, qui peut engager la responsabilité du médecin et que l'on ne doit mettre en pratique que si l'on peut justifier le choix de cette méthode anesthésique par des raisons très sérieuses.

En général les premiers symptômes de l'intoxication aiguë surviennent dix ou quinze minutes après l'injection, quelquefois une demi-heure, trois quarts d'heure : anxiété précordiale, rappelant la douleur de l'angine de poitrine ; pouls

extra-rapide, filiforme, lividité de la face, refroidissement des extrémités, sueurs. La perte de connaissance d'emblée est fréquente.

La *température* s'élève et peut atteindre 40°. La *respiration* est anxieuse ; parfois elle prend le rhythme de Cheyne-Stokes. Les *troubles digestifs* consistent surtout en vomissements bilieux quelquefois accompagnés de diarrhée. La quantité des urines est diminuée. On a noté l'*anurie* pendant vingt-quatre et quarante-huit heures. Les *troubles psychiques* sont importants. Dès le début, il y a de l'excitation, de la loquacité, des attendrissements, des pleurs, de la colère. La sensibilité tactile est émoussée, surtout aux mains, qui sont le siège de picotements. Il peut également se produire des troubles du côté de la vue. Quelquefois éclate une crise de convulsions, réalisant une véritable épilepsie symptomatique cocaïnique, à laquelle peut succéder pendant quelques jours un état de paralysie complète de la motilité et de la sensibilité. Il arrive aussi que l'intoxication par la cocaïne provoque des manifestations hystériques, pouvant apparaître pour la première fois au moment même de l'empoisonnement.

La mort, consécutive aux différents procédés employés pour faire absorber la cocaïne, survient dans un temps très variable. Parfois elle est presque immédiate (deux minutes), parfois elle est plus tardive (1/2 heure, 5 heures).

Le plus souvent, heureusement, les accidents sont beaucoup moins graves et *tout rentre dans l'ordre en quelques heures*. Cependant ils peuvent durer plusieurs jours.

Les lésions anatomiques constatées aux autopsies sont : la congestion pulmonaire intense ; parfois même on a noté l'existence d'infarctus pulmonaires très nombreux, mais petits ; dans un cas, il y avait congestion et œdème pulmonaires ; on a signalé aussi, en dehors de toute infection préalable, des lésions du muscle cardiaque, une myocardite qui serait très rapide ; enfin on a constaté une congestion des méninges et du cerveau, qui parfois semble plutôt imputable à la putréfaction qu'à un phénomène survenu pendant la vie.

Le traitement de l'intoxication aiguë se réduit, après avoir fait prendre au patient la position horizontale, à lui faire respirer quelques gouttes de nitrite d'amyle, et à pratiquer des injections d'éther ou de caféine.

L'intoxication chronique est très redoutable ; on s'habitue à la cocaïne aussi aisément qu'à la morphine ; les cocaïnomanes absorbent des doses journalières variant de 2 à 3 grammes, et atteignant même 8 grammes (cas de Heimann). Si l'on excepte la tachycardie, on ne trouve pas de troubles physiques bien constants. Les troubles psychiques le sont davantage ; l'insomnie avec délire hallucinatoire est caractéristique ; le trouble des idées n'est pas primitif, il est consécutif aux illusions de la sensibilité, de la vue, du toucher, de l'ouïe. Peu à peu les cocaïnomanes perdent leur intelligence, leurs sentiments affectifs, ils tombent en état de déchéance psychique et corporelle. La cocaïnomanie des parents influe sur les enfants conçus en période d'intoxication ; ceux-ci peuvent être atteints d'idiotie complète[1].

Le traitement est plus facile que dans la morphinomanie, le poison pouvant être supprimé brusquement, sans que l'on ait à craindre d'accidents.

P. Brouardel (*Annales d'hygiène publique et de médecine légale*, 4e série, t. IV, septembre 1905).

H. D.

L'abcès chaud de la langue.

L'abcès de la langue est une rareté, qu'il est bon de savoir reconnaître, car un coup de bistouri, appliqué judicieusement, évite au patient bien des souffrances et parfois de vrais dangers. M. Savariaud, à propos de deux cas qu'il a

1. Marfan, *Rev. mensuelle des maladies de l'enfance*, septembre 1901.

récemment observés, en donne une bonne description. C'est une affection bénigne, au moins dans la majorité des cas, car dans le voisinage de l'épiglotte, l'abcès peut déterminer de l'œdème des replis aryténo-épiglottiques.

Chez un des malades observés, il avait été constaté depuis dix jours, au niveau de la base de la langue, l'existence d'une petite grosseur, ressemblant à un pois enchâssé dans l'épaisseur de l'organe ; après une simple gêne pour parler et avaler, les douleurs étaient devenues très intenses, au point d'empêcher le déglutition de la salive, qui s'écoulait au dehors. A l'examen, on apercevait une saillie hémisphérique de la grosseur d'une noisette, siégeant à gauche de la ligne médiane, à l'union de la portion horizontale avec la portion verticale ou basale de la langue, au niveau de l'isthme du gosier. De coloration violacée, elle était extrêmement sensible au toucher. La moitié correspondante de l'organe était beaucoup plus développée que l'autre, et la langue, dans son ensemble, était incurvée, la pointe déviée du côté sain. Il n'y avait pas d'œdème du plancher buccal, aussi la mobilité de l'organe était-elle normale. Pas d'adénopathie, ni de douleur d'oreille ; état général excellent, pas de gêne respiratoire.

Devant ces symptômes bien caractérisés, le diagnostic ne pouvait guère être hésitant. Tout au plus pouvait-on discuter pour savoir s'il ne s'agissait pas d'un abcès froid réchauffé, d'un kyste suppuré ou d'une gomme ramollie ; mais, la marche rapide de l'affection, les vives douleurs éprouvées par le malade et la fièvre ne cadraient guère avec ces hypothèses. Une seule chose restait obscure, c'était l'origine et la cause qu'il fut impossible de préciser. Le pus paraissant bien collecté, il lui fut donné issue par un coup de bistouri, et la guérison fut obtenue en quelques jours. L'examen bactériologique du pus montra la présence du streptocoque en cultures pures. Comment ce dernier s'est-il introduit sans effraction dans le corps charnu de la langue ? S'agit-il là d'un abcès analogue à ceux qui se développent si fréquemment dans la région de l'isthme du gosier, mais sur la berge opposée, sur le voile du palais ? Car il existe sur la base de la langue un amas de follicules clos qui porte le nom d'amygdale linguale. Il s'agirait donc, dans ce cas, d'une péri-amygdalite linguale.

L'abcès de la langue n'a pas toujours cette localisation qui le rend de diagnostic et de thérapeutique faciles. Il peut siéger à la partie la plus reculée de la base, sur la partie verticale ou pharyngienne de l'organe, juste en avant de l'épiglotte. Là encore, il reste latéral et, lorsqu'il est bilatéral, il y a deux abcès et non pas un seul. Il semble que la cloison médiane de la langue, malgré son peu de résistance, forme une barrière que respectent les formations pathologiques.

SAVARIAUD (*Tribune médicale*, n° 31, 5 août 1905).
H. D.

Mal perforant buccal et maux perforants plantaires tabétiques.

Le professeur Gaucher et M. Dobrovici publient une intéressante observation de mal perforant buccal. Il s'agit d'une femme de quarante-huit ans, sans antécédents syphilitiques connus, atteinte depuis huit ans de paralysie du moteur oculaire commun, et présentant par suite un strabisme interne très marqué.

Il y a six ans, brusquemment, sans phénomènes douloureux, elle perdit en quelques semaines toutes ses dents supérieures, sauf la dernière molaire gauche. Lentement, il se produisit une résorption complète du bord alvéolaire du maxillaire supérieur. Actuellement il existe une anesthésie tactile et douloureuse de toute la muqueuse qui recouvre le bord du maxillaire, anesthésie s'étendant, en dedans, à la muqueuse de la voûte palatine jusqu'à la ligne médiane, et, en dehors, à la face interne des joues dans leur moitié supérieure ; la sensibilité est intacte au pharynx, aux lèvres, au maxillaire inférieur ; pas de

troubles de la sensibilité tactile et gustative de la langue ; pas de thermo-anesthésie de la muqueuse buccale.

Les douleurs fulgurantes apparurent il y a seulement un an ; depuis six mois se montrent des maux perforants plantaires ; l'un siège au pied droit, sous le gros orteil au niveau de l'articultation métatarso-phalangienne ; deux autres au pied gauche : sous le gros orteil, et au niveau de l'articulation métatarso-phalangienne du troisième orteil.

L'examen complet de la malade montre encore : l'abolition complète des réflexes rotuliens, l'incoordination des membres inférieurs, le signe de Romberg, très net, la perte du sens de la position des membres, de l'hypotonie ; il n'y a pas d'incoordination des membres supérieurs.

Plusieurs particularités sont à noter dans cette observation.

La délimitation très nette des troubles trophiques au maxillaire supérieur contraste avec l'intégrité de l'arcade dentaire inférieure. La malade n'a jamais souffert des dents, et n'a jamais pris soin de sa bouche ; que deviennent en présence de ce fait les théories infectieuse et traumatique, si longtemps invoquées ?

La topographie des troubles de la sensibilité buccale se superpose à celle des troubles trophiques, et répond au trajet d'une partie des filets collatéraux du nerf maxillaire supérieur. Ces troubles nerveux sont certainement liés à des lésions de névrite périphérique. Enfin, la coexistence de plusieurs maux perforants plantaires, dont la pathogénie est aujourd'hui indiscutable, permet encore d'affirmer que le mal perforant buccal reconnaît la même origine, et qu'il ne peut être attribué qu'à un trouble trophique.

GAUCHER et DOBROVICI (*Gazette des Hôpitaux*, n° 104, 14 septembre 1905).

H. D.

Fracture de l'angle du maxillaire inférieur. — Suture osseuse « restitutio ad integrum ».

MM. Maurice Péraire et Georges Mahé ont eu l'occasion d'observer un malade qui, à la suite d'un coup de poing reçu sur le côté droit de la face, présentait une fracture du maxillaire inférieur, dont le foyer se trouvait au niveau de l'interstice de la dent de sagesse et de la deuxième grosse molaire droites ; le fragment postérieur était porté en dehors, le fragment antérieur en bas et en arrière. Une intervention chirurgicale fut décidée : incision curviligne, parallèle à la branche montante, puis au bord inférieur, et permettant l'accès direct du foyer de la fracture ; par un trou pratiqué dans chaque fragment, deux fils d'argent furent passés, d'une façon plus ou moins laborieuse, les extrémités inférieures de ces fils réunies par torsion, puis de même, après traction, les chefs extérieurs, jusqu'à achèvement de la réunion des fragments. Drainage, qui fut supprimé dix jours après. Au bout d'un mois et demi, la guérison pouvait être considérée comme définitive ; la consolidation était complète (le malade pouvait casser des noisettes avec ses dents), la ligne articulaire était rétablie avec une correction parfaite.

MM. Péraire et Mahé font suivre cette observation de diverses considérations sur les motifs qu'ils ont eus de préférer au traitement prothétique une intervention chirurgicale. Ces considérations sont principalement tirées du fait que dans ce cas, la dent de sagesse se trouvait seule séparée de l'arcade ; un appareil prothétique aurait été d'application difficile et aléatoire, ne pouvant trouver qu'un point d'appui insuffisant. Les auteurs concluent que la suture osseuse est le traitement de choix de la fracture de l'angle du maxillaire inférieur, dans le cas, au moins, où elle ne se complique pas d'un second trait siégeant en un autre point de la diaphyse.

MAURICE PÉRAIRE et GEORGES MAHÉ (*Revue de Stomatologie*, septembre 1905, p. 385).

H. D.

Emploi du permanganate de potasse comme hémostatique local.

D'après l'auteur, le permanganate de potasse serait d'une grande efficacité dans les hémorrhagies de surface, et permettrait de se passer des pansements compressifs. On peut, dans ce but, employer soit une solution concentrée, soit une poudre composée de 2 parties de permanganate pour 1 partie de sable fin, soit une pâte résultant du mélange de 2 parties de cette poudre avec 1 partie de pommade à la paraffine.

Le *modus faciendi* est simple : aussitôt après avoir, à l'aide d'un tampon d'ouate, asséché la région qui saigne, on applique rapidement la préparation de permanganate ; une seule application suffit en général ; toutefois il n'y aurait aucun inconvénient à recommencer l'opération, si ce n'est que la sensation de cuisson, ainsi provoquée, est assez douloureuse.

Ce procédé d'hémostase donnerait d'excellents résultats à la suite de l'excision d'excroissances papillomateuses, de nœvi et autres tumeurs cutanées ; il en serait de même dans les hémorrhagies des muqueuses, nasale et buccale par exemple.

H. Wörner (*Münch. med. Woch.*, 10 sept. 1905).

H. D.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

VULGARISATION DE L'HYGIÈNE DENTAIRE

On a vu dans le compte rendu de la Société odontologique Suisse que nous avons publié récemment que cette société s'était occupé d'une brochure destinée à être répandue dans le public pour vulgariser les règles élémentaires d'hygiène dentaire. Nous croyons intéressant à titre documentaire de reproduire le texte du projet qui a été présenté à la Société.

Soignez vos dents.

EN SOIGNANT VOS DENTS VOUS ÉPARGNEREZ DE L'ARGENT, DES SOUFFRANCES, DU TEMPS.

A. A 2 1/2 ou 3 ans l'enfant possède 20 dents dites de lait, dix à chaque mâchoire.

Vers l'âge de 6 ans apparaissent en arrière des dents de lait et avant la chute d'aucune de celles-ci les premières grosses molaires permanentes, deux à chaque mâchoire. Ces molaires de 6 ans devant subsister pour le reste de la vie, il est urgent que dès leur apparition les parents les fassent examiner par un dentiste, ils pourront par là éviter à leurs enfants les sérieux inconvénients occasionnés par la carie et empêcher la perte de ces dents, les plus importantes de toutes en ce qui concerne la mastication.

Des dents saines sont indispensables pour le bon fonctionnement de l'estomac et la santé générale. Elles sont aussi un élément de beauté très appréciable. Les dents de lait ont autant de valeur pour l'enfant que les dents permanentes pour les adultes. *Il est donc erroné de croire qu'il faut laisser les dents de lait se gâter parce qu'elles tomberont,* les soins apportés à celles-ci auront le triple avantage : 1), d'assurer à l'enfant une bonne santé, 2), de lui épargner des souffrances, 3), d'éviter la contamination des dents permanentes lors de leur apparition.

B. Certaines peuplades sauvages pourvues de dents qui font notre envie en prennent le plus grand soin. Pourquoi n'en ferions-nous pas autant ?

Dès l'âge de 2 ans et même avant, les dents de l'enfant doivent être brossées deux fois par jour. Pour enlever tous les débris d'aliments et les sécrétions viciées de la bouche dans le voisinage des dents et combattre ainsi la principale cause de la carie dentaire, il faut nettoyer ses dents matin et soir, mais en tous cas le soir avant de se coucher,

avec une brosse chargée de poudre dentifrice, car c'est pendant la nuit que la carie exerce ses ravages. Il va sans dire qu'une fois la toilette des dents faite il ne faut plus prendre d'aliments quelconques.

Le mode d'opérer a une grande importance, les dents doivent être frottées non pas horizontalement mais *verticalement*, soit de bas en haut pour faire pénétrer les crins *entre* les dents, sans oublier les faces internes et les sillons des surfaces triturantes et sans craindre en cas d'inflammation de faire saigner un peu les gencives pourvu qu'on ne se serve pas d'une brosse trop dure. Au bout de peu de temps ce traitement fortifiera les gencives spongieuses qui saignent facilement et tout rentrera dans l'ordre.

Il est bon en outre de se rincer la bouche après chaque repas ; éviter de crainte d'écailler l'émail de se servir de couteaux, canifs, aiguilles pour enlever le tartre qui se dépose autour des dents. Pour cette opération s'adresser à un dentiste.

Au lieu du cure-dent habituel en bois ou en métal ou même en plume se servir de préférence de soie floche spéciale. La soie à coudre ne convient pas pour cet usage. Elle se casse et refuse de pénétrer dans les interstices dentaires tant soit peu étroites. Cette soie floche non tordue est cirée ; elle pénètre facilement entre les dents et enlève les débris que la brosse n'a pu atteindre.

Il ne faut pas craindre de se servir de ses dents, l'exercice leur est favorable et le fait de mâcher du pain dur et rassis par exemple est excellent pour les entretenir en bon état. *Les dents, comme les gens, ne doivent pas s'habituer à la paresse*. Une bonne mastication assure une bonne digestion, qui est indispensable elle-même à une bonne santé. Eviter cependant les efforts violents. Il faut absolument s'interdire de casser des noisettes, de croquer des sucreries ou de couper du fil avec ses dents.

Les aliments recommandés pour amener chez les enfants la formation de dents d'une bonne qualité sont : le pain dur, rassis, de préférence le pain noir (pain de graham) la croûte de pain et des légumes tels que les haricots, pois, fèves et lentilles, les farineux, les pommes de terre et la viande viennent en dernier lieu. Le sucre est un aliment très utile à l'alimentation, mais l'abus des *sucreries* est mauvais. Eviter les aliments trop salés et trop épicés. Le tabac n'est pas préjudiciable aux dents, mais son usage est nuisible à la santé et nous ne pouvons que le déconseiller.

Eviter les acides, tels que citrons, fruits mal mûrs et le cidre.

Les médicaments à base acide tels que la teinture de fer et certaines eaux minérales sont funestes aux dents. Aussi est-il recommandé de redoubler les soins de la bouche en cas de maladie. Une bonne hygiène buccale contribue pour une large mesure au rétablissement de la santé.

C. *Ne pas attendre la douleur pour se faire soigner les dents,* certaines caries étant au début complètement indolores. Lorsqu'on souffre des dents il est *déjà trop tard* pour consulter un dentiste ; la moindre ombre suspecte entre deux dents, le plus petit point brun ou noir doit éveiller l'idée de carie, mais seul le dentiste pourra découvrir certaines

cavités cachées et les (plomber) obturer à temps. Se souvenir que l'obturation (ou plombage) d'une carie superficielle est beaucoup plus efficace moins pénible et aussi beaucoup moins longue et coûteuse que le traitement d'une carie profonde ayant déjà occasionné des douleurs.

Les dents cariées présentent un double danger :

1° Elles nuisent à la santé en empêchant une mastication convenable des aliments, ce qui entraîne fatalement une mauvaise digestion, l'estomac ne pouvant s'assimiler une nourriture mal préparée;

2° Les germes infectieux de toute sorte, les microbes de la carie qui pullulent dans une bouche en mauvais état étant constamment avalés, causent des *maladies inflammatoires* de l'estomac.

Il est donc important de faire visiter ses dents par un dentiste au moins deux fois par an et de faire obturer les plus petites cavités. C'est une grande économie d'argent, de temps et de souffrances. Toute dent atteinte de carie est vouée à une perte certaine. Ce n'est qu'une question de temps. Les dents artificielles, tout en rendant de grands services, ne remplacent cependant jamais parfaitement les dents naturelles.

Toutefois ce n'est pas seulement par coquetterie, mais par raison de santé, qu'il faut faire remplacer par des dents artificielles les dents dont la carie a occasionné la perte, car l'estomac ne peut pas digérer la nourriture insuffisamment triturée que lui envoie une bouche édentée.

L'usage des soi-disant élixirs dentifrices est de peu d'utilité, parfois même nuisible lorsqu'ils contiennent des substances corrosives destinées à blanchir les dents. La craie précipitée, additionnée par quelques gouttes de menthe, et une bonne brosse employée journellement suffisent.

Nous espérons par ce petit opuscule attirer l'attention du public sur l'importance de l'hygiène de la bouche et des dents, et contribuer à améliorer en quelque mesure l'état lamentable de la dentition en Suisse.

ASSOCIATION GÉNÉRALE DES DENTISTES DU SUD-EST DE LA FRANCE

L'assemblée générale annuelle, dite réunion-congrès, aura lieu à Marseille le 1er novembre prochain.

Des communications scientifiques, des démonstrations et des présentations seront faites dans cette réunion, où les questions intéressant la profession seront également discutées.

Conformément au Règlement, il sera décerné un souvenir au dentiste qui aura présenté et développé un sujet ou une question intéressant la profession et faisant faire un progrès à l'art dentaire.

JURISPRUDENCE PROFESSIONNELLE

TRIBUNAL DE CHATEAU-THIERRY

Présidence de M. MAGNAUD.

Audience du 7 juin 1905.

MÉDECIN. — RESPONSABILITÉ. — CHLOROFORMISATION. — DÉCÈS.

Ce n'est qu'avec la plus grande circonspection et dans les cas d'urgence extrême ou de nécessité absolue, surtout quand il s'agit d'une personne parfois intempérante, que le médecin doit, de son propre mouvement, de sa propre autorité, ne consultant que sa science et sa conscience, procéder à l'anesthésie du malade.

S'il s'agit simplement d'affections, de lésions gênantes ou douloureuses, chroniques ou non, voire même de la privation partielle ou totale de l'usage d'un ou plusieurs membres, mais ne mettant pas en péril la vie du malade, le premier devoir du médecin, à peine de commettre une faute lourde et d'engager gravement sa responsabilité, est de prévenir le patient non seulement de tous les dangers médiats et immédiats pour sa vie que peut lui faire courir l'administration du chloroforme, mais aussi qu'il peut parfaitement vivre et même longtemps dans l'état où il se trouve.

Ce n'est donc, en pareilles conditions, qu'avec l'autorisation du malade bien renseigné ou de sa famille, si celui-ci est momentanément hors d'état de se prononcer, que le praticien peut user librement de ce dangereux anesthésique, à quelque point de vue que ce soit.

Commet une faute lourde le médecin qui, pour une simple luxation supposée mal réduite de l'épaule, administre du chloroforme à son client, dont il connaît l'extrême prédisposition à la syncope et ses tendances à l'alcoolisme, sans avoir obtenu de lui un acquiescement donné en pleine connaissance d'un dénouement fatal possible.

Il est, par suite, tenu de réparer le préjudice matériel et moral qu'il a causé à la famille de son client décédé au cours de la chloroformisation.

(Consorts P... contre docteur B...)

Ainsi jugé :

« Le Tribunal : — Attendu que sur une demande en 50.000 francs de dommages-intérêts formée par les consorts P... contre B... à l'occasion du décès de P..., A..., il est intervenu, le 14 décembre 1904 un jugement de ce Tribunal, nommant le docteur Saint-Cène en qualité d'expert avec mission de rechercher si le docteur B... n'avait commis aucune imprudence ou négligence pouvant engager sa responsabilité, par suite du décès de P..., survenu au cours d'une anesthésie par le chloroforme ;

» Que l'expert a procédé à sa mission et déposé son rapport le 17 avril 1905 ;

» Attendu que du très remarquable et scientifique rapport du doc-

teur Saint-Cène, *il ressort que B... a pris de suffisantes précautions dans l'administration du chloroforme qu'il a faite à P... et que le décès de celui-ci, survenu au début de l'absorption de cet anesthésique, ne saurait engager sa responsabilité ;*

» Qu'à cet égard, il convient d'entériner purement et simplement ce rapport et d'en adopter les conclusions ;

» Mais attendu qu'on lit aussi dans le rapport que le danger du chloroforme réside surtout dans les syncopes, très souvent irrémédiables, qu'il occasionne au début de son administration et que celle-ci est d'autant plus dangereuse que le patient est plus ou moins alcoolique ;

» Qu'il en résulte que ce n'est qu'avec la plus grande circonspection et dans les cas d'urgence extrême ou de nécessité absolue, surtout quand il s'agit d'une personne parfois intempérante, en un mot, quand la vie du malade se trouverait compromise, si telle ou telle opération demandant l'anesthésie n'était pas pratiquée, que le médecin, dans cette alternative doit, de son propre mouvement, de sa propre autorité, ne consultant que sa science et sa conscience, procéder à l'anesthésie du malade ;

» Que, s'il s'agit simplement d'affections, de lésions gênantes ou douloureuses, chroniques ou non, voire même de la privation partielle ou totale de l'usage d'un ou plusieurs membres, mais ne mettant pas en péril la vie du malade, le premier devoir du médecin, à peine de commettre une faute lourde et d'engager gravement sa responsabilité, est de prévenir le patient, non seulement de tous les dangers médiats et immédiats pour sa vie que peut lui faire courir l'administration du chloroforme, mais aussi qu'il peut parfaitement vivre, et même longtemps, dans l'état où il se trouve ;

» Que ce n'est donc, en de pareilles conditions, qu'avec l'autorisation du malade bien renseigné ou de sa famille, si celui-ci est momentanément hors d'état de se prononcer, que le praticien peut user librement de ce dangereux anesthésique, à quelque point de vue que ce soit ;

» Qu'on ne saurait admettre, en effet, par exemple, qu'afin de redresser un bossu ou un bancal pleins de santé, un médecin sans les avoir prévenus des graves conséquences possibles d'une anesthésie, les chloroformât sans leur assentiment donné en connaissance de cause ;

» Attendu que la vie humaine est trop précieuse pour ne pas être respectée et ménagée, même avec les meilleures intentions ;

» En fait :

» Attendu qu'il résulte du rapport que le médecin B..., ainsi qu'il l'a déclaré à l'expert, connaissait parfaitement l'extrême prédisposition de P... à la syncope et ses tendances à l'alcoolisme ;

» Qu'il s'agissait, dans l'espèce, d'une simple luxation, supposée mal réduite, de l'épaule ;

» Que la plus grave conséquence qui pouvait résulter pour P... de cette situation, en la tenant pour exacte, c'était l'impotence partielle ou totale de cette épaule et du bras ;

» Que si pendant tout le reste de son existence, P... était susceptible

de se trouver considérablement gêné par cet état, sa vie n'aurait jamais été mise en péril ;

» Qu'avant de pratiquer la dangereuse anesthésie de P... par le chloroforme, surtout pour procéder à un simple examen, B... a négligé de le prévenir des chances de mort qu'il pouvait courir ;

» Qu'il le devait d'autant plus qu'il savait P... teinté d'alcoolisme et que les syncopes fatales étaient par conséquent plus à redouter ;

» Attendu qu'en administrant le chloroforme à P..., sans avoir obtenu de lui un acquiescement donné en pleine connaissance d'un dénouement fatal possible, alors que l'existence de l'intéressé n'était pas menacée par le *statu quo*, B... a commis une faute lourde engageant complètement sa responsabilité ;

» Sur la réparation du préjudice causé :

» Attendu que si le fils de P..., âgé de 19 ans, a pu se créer déjà par lui-même quelques modestes moyens d'existence, la disparition du chef de famille lui cause, ainsi qu'à sa mère, une profonde et irréparable douleur ;

» Que cette disparition a même eu comme conséquence très pénible pour la famille de livrer au public par les débats le défaut du bon ouvrier qu'était P..., de se laisser aller, parfois, à quelques intempérances ;

» Que, s'appuyant sur ces données, le Tribunal a les éléments nécessaires pour évaluer le préjudice matériel et moral causé par B... à la famille de P... ;

» Par ces motifs : *Entérine le rapport du docteur Saint-Cène, en ce qui concerne l'absence de toute faute dans l'administration, par B..., du chloroforme ;*

» Déclare toutefois B... *responsable d'avoir pratiqué, sans y être autorisé en connaissance de cause par l'intéressé, cette anesthésie, alors qu'elle n'était pas nécessaire, puisque l'existence de P... n'était pas en danger ;*

» En conséquence condamne B... à payer aux demandeurs une somme de 8.000 fr. à titre de dommages-intérêts, avec intérêts de droits ;

» Le condamne en outre en tous les dépens. »

NOUVELLES

Société d'Odontologie de Paris.

L'assemblée générale de la Société d'Odontologie de Paris a eu lieu 17 octobre, à 8 heures 1/2, sous la présidence de M. Delair, président.

Après l'adoption du procès-verbal de la séance du 11 juillet, M. Blatter, secrétaire-adjoint, donne lecture du rapport annuel, qui est adopté.

Il est ensuite procédé au renouvellement du bureau, qui est ainsi constitué :

M. Frey, *président.*
M. Platschick, M. Mendel-Joseph, *vice-présidents.*
M. Georges Lemerle, *secrétaire général.*
M. Hugot, *secrétaire-adjoint.*

Après cette assemblée générale, la Société se constitue en réunion scientifique.

M. Theuveny communique les résultats d'un certain nombre *d'observations cliniques concernant l'éruption des dents temporaires ;* il assigne, à ce sujet, un grand rôle à l'alimentation des nourrissons ; il s'élève contre la tendance à exagérer l'importance des accidents de dentition et fait une légère critique du récent travail de M. Frey (V. *Odontologie,* 15 août 1905). Après une réplique de M. Frey et une intervention de M. Roy, M. Theuveny conclut qu'il y a lieu, au sujet de l'éruption des dents temporaires, d'envisager le terrain de par l'hérédité, et de par l'alimentation.

M. le président félicite et remercie M. Theuveny de sa communication ; il espère qu'il se rappellera le chemin de la Société d'Odontologie.

M. Roy rend compte de l'assemblée générale des Dentistes de Belgique, à laquelle il vient d'assister (V. p. 378).

Il présente ensuite un appareil de restauration nasale pour un malade ayant subi l'ablation de la moitié gauche du nez pour récidive d'épithélioma.

M. Blatter, au nom de *M. Poteau,* de Laval, présente un insufflateur d'air chaud, et *M. Delair,* au nom de *M. Worms,* une lampe à bouche, d'un modèle très répandu en Suisse.

La séance est levée à 11 h. 1/2.

Comité de souscription du buste Lecaudey.

Le Comité Lecaudey s'est réuni le 10 octobre, à l'Ecole dentaire de Paris, sous la présidence de M. A. Ronnet, président.

Le rapport du trésorier a été adopté. M. Rollin informe les membres du Comité que les recettes de cette souscription se sont élevées à 2.345 fr., et que les dépenses ont atteint la somme de 1.842 fr. 80 c.; il reste donc un reliquat de 502 fr. 20 c.

M. Ronnet propose que cette somme soit affectée à la création d'un prix triennal, qui perpétuera ainsi le souvenir du bienfaiteur de l'Ecole dentaire de Paris.

Ce prix pourra être accordé au dentiste qui, par ses travaux de prothèse, de dentisterie opératoire ou de chirurgie dentaire, aura le plus contribué au progrès de l'art dentaire.

Le reliquat de la souscription sera placé en rente 3 o/o sur l'Etat français et remis au trésorier de l'école.

Le produit des intérêts accumulés pendant une période de trois années sera employé à l'achat d'une médaille, qui constituera le prix Lecaudey.

Le jury chargé de l'attribution de ce prix devra être nommé par le Conseil de direction de l'Ecole dentaire de Paris.

La proposition formulée par M. Ronnet a été adoptée à l'unanimité et il a été chargé de l'exécution de cette décision.

Le président, après avoir remercié chaleureusement tous les généreux souscripteurs, déclare dissous le Comité Lecaudey.

Le secrétaire,
BLATTER.

Congrès pour la répression de l'exercice illégal de la médecine.

Un congrès pour la répression de l'exercice illégal de la médecine aura lieu à Paris, sous la présidence de M. le professeur Brouardel, du 30 avril au 3 mai 1906.

Une section de chirurgiens-dentistes pourra y être constituée. Elle délibérera séparément et ses vœux seront émis dans la même forme que ceux de la section médicale.

S'il y a lieu, un certain nombre de places seront accordées à la profession dentaire dans la commission de réalisation des vœux du Congrès.

Pour les adhésions s'adresser au Dr Ch. Levassort, secrétaire général, 2, place des Vosges, Paris.

Nomination.

Un institut dentaire a été récemment créé à l'Université d'Insprück. Le Dr Bernard Mayrhofer, chirurgien-dentiste à Linz, a été nommé professeur de dentisterie à cet institut.

Fête de la Mutualité.

La Fédération nationale de la Mutualité célébrera sa fête annuelle le 5 novembre prochain. Elle comprendra, comme on sait, une séance solennelle au Trocadéro, et un banquet de 50.000 couverts dans la galerie des Machines.

L'Ecole dentaire de Paris a délégué MM. Godon et Delair pour l'y représenter.

L'Association générale des dentistes de France y sera représentée par son Bureau.

En outre, un certain nombre de membres de la Société y ont adhéré individuellement.

Rectification.

Une erreur typographique nous a fait annoncer dans notre numéro du 15 octobre, p. 346, le décès de notre confrère M. Léonce Girod, de Lézignan.

Nos lecteurs voudront bien lire qu'il s'agit du décès *du père* de M. Léonce Girod.

AVIS

Pour les besoins de l'enseignement préparatoire de 1re 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.

EN VENTE
Aux bureaux de *L'Odontologie:*

RÉUNIONS NATIONALES

COMPTES RENDUS

1er Congrès Dentaire National
BORDEAUX 1895
1 vol. br. **3** fr. (port en sus 0 fr. 50).

2e CONGRÈS DENTAIRE NATIONAL
NANCY 1896
1 vol. br. **4** fr. (port en sus 0 fr. 50).

3e CONGRÈS DENTAIRE NATIONAL
PARIS 1897
1 vol. broché, illustré de 28 gravures intercalées dans le texte et de 9 planches tirées hors texte. Prix **4** fr. (port en sus 0,45).

4e Congrès Dentaire National
LYON 1898
1 vol. br. **3** fr. (port en sus 0 fr. 75).

5e Réunion Dentaire Nationale
CONGRÈS D'AJACCIO (AFAS. 1901)
1 vol. 144 p. br. **2** fr. (port en sus 0 fr. 20)

6e Réunion Dentaire Nationale
CONGRÈS DE MONTAUBAN (AFAS. 1902)
1 vol. 170 p. br. **2** fr. **50** (port en sus 0 fr. 25)

7e Réunion Dentaire Nationale
CONGRÈS D'ANGERS (AFAS. 1903)
1 vol. 190 p. br. **2** fr. **50** (port en sus 0 fr. 30)

Fédération Dentaire Nationale

COMPTES RENDUS

N° 1. PARIS et AJACCIO 1901
1 br. 44 p. **1** fr. **50** (port en sus 0 fr. 10)

N° 2. PARIS, avril 1902
1 vol. 126 p. **2** fr. (port en sus 0 fr. 20)

N° 3. MONTAUBAN, août 1902
1 br. 64 p. **1** fr. **50** (port en sus 0 fr. 10)

N° 4. PARIS, avril 1903
1 br. 40 p. **1** fr. (port en sus 0 fr. 10)

EN VENTE
Aux bureaux de *L'Odontologie*

XIVe Congrès International de Médecine
Section d'Odontologie
MADRID 1903
Comptes rendus par Paul MARTINIER
1 vol. illust. 124 p. **3** fr. (*port en sus* 0 fr. 20)

L'A B C des couronnes et des bridges
PAR
Fred. A. PEESO, D. D. S., de Philadelphie

Extrait et traduit du *Dental Cosmos*
Par **Marg. GODON**
Brochure 64 p. avec 45 fig.; En vente chez les Fournisseurs. Prix 2 fr. 50.

EN VENTE
Aux Bureaux de *L'Odontologie:*

COMPTES RENDUS DU
1er Congrès Dentaire International
PARIS 1889
1 vol. broché **3** fr. (port en sus 0,75).

LES COMPTES RENDUS
DU
3e Congrès Dentaire International
Forment 4 gros volumes illustrés
(48 fr., port en sus)

Envoyer les **souscriptions** à
M. VIAU, trésorier.
47, *boulevard Haussmann*, PARIS

EN VENTE
Aux bureaux de *L'Odontologie*

Fédération Dentaire Internationale

COMPTES RENDUS

N° 1. Paris, Londres-Cambridge 1900-1901
1 vol. 120 p. **3** fr. (port en sus 0 fr. 25)

N° 2. STOCKHOLM 1902
1 vol. 400 p. **4** fr. (port en sus 0 fr. 50)

N° 3. MADRID 1903
1 vol. 182 p. **3** fr. (port en sus 0 fr. 30)

Manuel du Chirurgien-Dentiste
Publié sous la direction du Dr CH. GODON
DIRECTEUR DE L'ÉCOLE DENTAIRE DE PARIS

I. Notions générales d'anatomie, d'histologie et de physiologie, par le Dr Paul Marié, 322 p.
II. Notions générales de pathologie, par le Dr Aug. Marie, 272 p.
III. Anatomie et Physiologie de la bouche et des dents, par le Dr E. Sauvez et MM. Wicart et G. Lemerle, *2e édition*, 314 p., 158 fig.
IV. Pathologie des dents et de la bouche, par le Dr Léon Frey et G. Lemerle, *2e édition*, 315 p., 35 fig.
V. Thérapeutique de la bouche et des dents, *hygiène buccale et anesthésie dentaire*, par le Dr M. Roy, *2e édition*, 315 p.
VI. Clinique des maladies de la bouche et des dents, par les Drs Ch Godon et E. Friteau, *2e édition*, 276 p., 2 fig.
VII. Dentisterie opératoire, par le Dr Ch. Godon, *2e édition*.
VIII. Clinique de prothèse, *prothèse dentaire, prothèse orthopédique*, ou *orthodontie*, par P. Martinier, *2e édition*, 320 p. 50 fig.
IX. Clinique de prothèse chirurgicale et restauratrice des maxillaires, par P. Martinier, *2e édition*.

Librairie J.-B. BAILLIÈRE & Fils
19, rue Hautefeuille, PARIS

25e ANNÉE. N° 21 15 NOVEMBRE 1905 VOL. XXXIV

L'ODONTOLOGIE

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

TRAVAUX ORIGINAUX

L'OPÉRATION DE LAMORIER-DESAULT AUTREFOIS ET AUJOURD'HUI

Par Pierre SEBILEAU,

Professeur agrégé à la Faculté de médecine,
Chirurgien de l'hôpital Lariboisière.

(Communication à la Société d'odontologie, séance du 29 avril 1905.)

L'histoire du traitement des suppurations du sinus maxillaire est assez curieuse. Si je ne craignais de la résumer d'une manière un peu schématique, je dirais que, du milieu du XVIIe siècle jusqu'à nos jours, cette province limitrophe qu'on dénomme le sinus maxillaire a, successivement, fait partie du domaine des chirurgiens, des dentistes et des rhinologistes.

La période des chirurgiens. — Il n'y avait pas encore bien longtemps que Nathanael Higmore (1613-1685) avait décrit le sinus maxillaire[1] déjà entrevu par André Vésale (1514-1564), Bartolommeo Eustachi (?-1574) et Casserius (1545-1616), qui lui avait donné le nom d' « antre de la joue », quand, après Jean-Henry Meibomius (Meibomius le grand'père), les chirurgiens commencèrent à diagnostiquer et se mirent à traiter les suppurations de cette cavité.

C'est, en effet, Jean-Henry Meibomius (1580-1655) qui eut l'idée d'ouvrir et de drainer l'antre d'Higmore par la

1. NATHANAEL HIGMORUS, *Corporis humani disquisitio anatomica*, p. 226, *hagæ comitis ex officinâ Samuelis Brown Bibliopolæ anglici*. Paris, 1651.

simple avulsion d'une molaire, et c'est Henry Meibomius, Meibomius le fils (1638-1700), le plus célèbre des trois Meibaum (il était le père de Brandanus Meibomius, 1678-1740) qui, longtemps après la mort de son père, publia la méthode [1] qu'ils avaient ensemble appliquée au traitement des suppurations du sinus maxillaire : « Le pus du sinus maxillaire, écrit Henry Meibomius, s'achemine vers les dents et en corrode les racines ; par l'extraction de ces dents on ouvre une voie du pus. Ce traitement est connu de peu de médecins ; mais il s'appuie sur la raison et l'expérience. Mon père l'a employé avec succès ; moi-même je l'ai appliqué sur une jeune fille de qualité. »

On ne sait si c'est au médecin anglais James Drake (1667-1707), anatomiste et publiciste anglais, ou bien au célèbre chirurgien et anatomiste anglais William Cowper (1666-1709), que revient le mérite d'avoir songé, quand l'extraction de la dent n'entraînait pas la destruction du plafond alvéolaire, à effondrer ce plafond et à pénétrer dans le sinus par une véritable effraction ; mais, étant donné que la plupart des planches [2] contenues dans « l'anthropologie nouvelle » de Drake [3] sont copiées dans l'anatomie iconographique de Cowper [4], il paraît raisonnable d'attribuer à ce dernier la priorité de l'opération. Si, comme le pense Bordenave [5], « l'on ne peut contester à Cowper l'avantage de s'être expliqué très clairement et d'avoir proposé expressément la perforation de l'alvéole quand celle-ci n'est point détruite », il faut cependant reconnaître que Jourdain [6] s'est trompé quand il a écrit : « Cowper a mérité la préférence sur Drake en

1. Henry Meibomius, *De Abscessuum internorum naturâ, Articulus V*, t. 99 (*Mélanges*), p. 114. *Apud Joh Jacobi Winckleri viduæ*. Dresdæ et Lipsiæ, 1718.
2. A. Dechambre, Art. James Drake in *Dr Encyclop. des sc. médic.*, I 30, p. 561, chez Masson, Paris, 1884.
3. James Drake, *Anthropologia nova, or a new system of Anatomy*. Third édition, vol. II, p. 311, *Printed for W and J. Innys*. London, 1727, 2 vol. avec atlas.
4. William Cowper, *The anatomy of human body*. Oxford, 1698. (Je n'ai pas pu me procurer le traité de William Cowper.)
5. M. Bordenave, *Précis d'observations sur les maladies du sinus maxillaire. Mém. de l'Acad. roy. de chir.*, t. IV, p. 339, chez Le Prieur, Paris, 1768.
6. M. Jourdain, *Traité des maladies et des opérations réellement chirurgicales de la bouche*, t. II, p. 40, chez Valleyre l'aîné, Paris, 1778.

ce qu'il ajouta à la méthode de ce dernier la nécessité de la perforation des alvéoles de laquelle Drake n'avait point parlé. »

James Drake est, au contraire, très explicite : « Quand j'ai enlevé la première dent molaire, dit-il, et qu'il n'existe pas entre l'alvéole de cette dent et l'antre de la joue la communication que j'ai observée dans un certain nombre de cas, je perfore le fond de l'alvéole avec un instrument approprié. » Ce « convenient instrument » de James Drake, c'est, d'après Heister [1] (1683-1758), une certaine clef « sive acuminatum, sive cuspis ».

Au surplus, la question de priorité pendante entre les deux anatomistes anglais serait, au dire de Jourdain [2], tranchée par l'intervention antérieure d'un médecin allemand, Balthasar Schulze (1569-1627) dont Haller rapporte, dans ses dissertations anatomiques, une intéressante observation. Jourdain n'est décidément pas un historien heureux. L'observation à laquelle il fait allusion, et qui est, en effet, rapportée par Sébastien Reininger [3], dans les œuvres de Haller, est celle d'un jeune centurion dont Schultius raconte qu'il fut guéri d'une sinusite maxillaire aiguë (d'après le diagnostic rétrospectif qu'on en peut faire aujourd'hui) par un certain Dr Hoffmann qui lui fit prendre des boissons chaudes, des fomentations et des poudres sternutatoires [4].

Ainsi donc, ni Drake ni Cowper ne furent les imitateurs

---

1. Laurentii Heisteri, *Institutiones chirurgicæ pars secunda*, caput LXXII, par. 7, p. 622, chez Jaussonio Wœsbergros, Amsterdam, 1750.

2. M. Jourdain, *loco citato*, p. 41.

3. Sébastianus Reininger, *Dissertatio inauguralis de cavitatibus ossium capitis, in disputationum anatomicarum selectarum de Halbertus Hallerus*, vol. III, p. 32, chez Abram Vændenhoeck Gottingæ, 1748.

4. Schultius raconta donc un jour à Reininger qu'un jeune soldat de magnifique apparence fut pris, à la suite d'un refroidissement, de douleurs vives et de symptômes graves. Toutes les médications ayant échoué, le patient fut envoyé par son médecin « ad Carolinas thermas ». En cours de route, le centurion s'arrêta à Magdebourg et consulta le Dr Hoffmann, homme de grande réputation, qui lui conseilla d'avoir bon courage et lui fit suivre le traitement que voici. « Ad calidam secum bibendam invitabat utque vaporem calidum naribus attraheret, hortabatur. Hoc probe facto, multaque jam calida hausta, offerebat pulverem sternutatorium ex melioribus vegetatibus compositum, efficacissimum, quo sumto mox subsequebatur una vel altera sternutatio, quœ muci tenacissimi insignem copiam, non sine præsentissimo centurionis levamine expellebat, totius que mali radices ita succidebat. »

de Schultius ; mais le doute subsiste, même dans les écrits de leurs contemporains, sur celui à qui revient, des deux anatomistes anglais, le mérite d'avoir inventé la trépanation alvéolaire.

Le grand chirurgien anglais John Hunter [1] imagina d'ouvrir l'antre d'Higmore par le nez et fit ainsi faire à la chirurgie son premier pas vers le sinus maxillaire. « On peut recourir encore à un procédé, lequel consiste à perforer la cloison située entre le sinus et la fosse nasale correspondante », écrivait-il en 1771, dans son beau traité des maladies des dents ; mais il semble que cette conception soit restée pendant longtemps purement théorique et n'ait été appliquée par aucun médecin de l'époque de Hunter. Puisqu'on dit : « faire une opération de Desault » quand on trépane le sinus maxillaire par la fosse canine, pourquoi ne dit-on pas : « faire une opération de Hunter » quand on ouvre celui-ci par la paroi externe des fosses nasales ?

Nous avons accoutumé d'attribuer à Lamorier, maître ès arts, la première idée et la première exécution de la trépanation sous-jugale du sinus maxillaire. Mais il paraît qu'Antonio Molinetti (mort en 1674), professeur d'anatomie à Padoue, aurait ouvert le sinus maxillaire par la joue, bien avant que W. Cowper et James Drake l'ouvrissent par l'alvéole. Je n'ai pu me procurer de Molinetti qu'une courte brochure où il n'est nullement question de trépanation de sinus ; je n'ai donc pu résoudre cette question de priorité. C'est dans un opuscule de Geist-Jacobi [2] que j'ai vu signalée l'opération de l'anatomiste italien.

C'est donc Louis Lamorier (1696-1777), et non, comme on l'écrit quelquefois Lamoirier ou Larmorier, c'est, dis-je, Lamorier, « célèbre chirurgien de Montpellier », qui, le premier, aborda l'antre par une brèche de la fosse canine [3]. Il décollait

---

1. John Hunter, *Œuvres complètes avec des notes*, par G. Richelot, t. II, p. 106, chez Labé et Firmin-Didot, Paris, 1839.

2. G.-P. Geist-Jacobi, *Geschichte der Zahnheilkunde*, p. 119, chez Frank Pietzcker, Tubingen, 1896.

3. Louis Lamorier, Mémoire envoyé en 1743 de Montpellier à l'Académie Royale de chirurgie, analysé par Bordenave, *loco citato*, p. 351.

la muqueuse jugale et « perçait l'os avec une couronne de trépan » sur la face antéro-externe du sinus, « au-dessous de l'éminence malaire, sur cette échancrure concave de haut en bas, convexe d'avant en arrière, qui sépare la fosse canine de la fosse zygomatique ».

En abandonnant la voie alvéolaire que Meibaum lui avait tracée, Lamorier n'avait point envisagé seulement qu'il pourrait, en faisant une nouvelle opération à laquelle l'avait conduit la persistance d'un écoulement abondant et fétide chez une vieille demoiselle dont le sinus avait été ouvert par l'avulsion d'une molaire et de la canine, guérir plus sûrement ses patients ; il avait aussi voulu conserver les molaires « nécessaires à la mastication » et, pour ce réaliser, il avait choisi « un autre lieu de trépanation que les alvéoles » ; aussi avait-il judicieusement établi pour l'ouverture du sinus maxillaire un lieu de nécessité et un lieu d'élection. Le premier était indiqué par une altération de l'os maxillaire (carie, fistule) ou l'absence d'une ou de plusieurs molaires ; « l'intégrité de la rangée dentaire » commandait l'exécution du second : là c'était la trépanation alvéolaire, ici la trépanation de la fosse canine.

C'est la même raison qui poussa P.-J. Desault [1] à pratiquer l'opération de Lamorier dont il modifia la technique.

P.-J. Desault trouait de son perforatif « la partie inférieure de la fosse canine, y faisant une large ouverture susceptible de recevoir le petit doigt » ; là, disait-il, l'os est moins épais, la profondeur moindre, l'opération plus facile, le pansement plus commode.

Contrairement à Lamorier qui était éclectique, puisqu'il ouvrait simplement le sinus par l'alvéole quand les dents étaient cariées, Desault [2] faisait, dans tous les cas, une véritable trépanation chirurgicale ; si les dents étaient saines, il les conservait et faisait brèche dans la fosse canine ; si elles étaient malades, il en pratiquait l'extraction ; mais il

1. P.-J. Desault, *Œuvres chirurgicales* exposées par X. Bichat, nouvelle édition, t. II, p. 162, chez Mequignon l'aîné an IX, Paris, 1801.
2. P.-J. Desault, *Loco citato*, p. 159 et 160.

estimait que « l'ouverture qui résultait de cette extraction était constamment insuffisante, qu'il fallait toujours intéresser l'os dans une plus grande étendue, » et « il détruisait, par des mouvements de rotation du perforatif, la portion de mâchoire comprise entre l'alvéole et l'ouverture ».

Le baron Boyer (1757-1834) [1] jugea que ni l'opération de Lamorier, ni l'opération de Desault n'atteignait la « partie déclive » du sinus maxillaire ; et il attribua à la défectueuse topographie de la trépanation de ses devanciers la « fréquente fistulisation de l'ouverture qu'ils pratiquaient de cette manière ». Aussi modifia-t-il le procédé de chacun d'eux et réalisa-t-il une opération plus complète et plus large.

Lamorier avait comme objectif la conservation des molaires saines. Desault avait comme objectif, d'abord la réalisation d'une opération qu'il estimait plus complète que la trépanation alvéolaire, et, accessoirement, la conservation des molaires saines. Le baron Boyer n'en eut plus qu'un : faire une intervention très large, tout à fait radicale, sans souci des dents qu'il sacrifia pour assurer l'étendue et la déclivité de la brèche sinusale. Le premier trépanait sous l'éminence malaire ; le second sur la partie inférieure de la fosse canine ; le troisième trépana au niveau du bord alvéolaire.

Boyer enlevait donc les dents cariées, ou, systématiquement, s'il n'y en avait pas, la troisième et la quatrième molaires (1re et 2e grosses molaires), « celles dont les alvéoles correspondent au milieu de la partie la plus basse du sinus », isolait par quatre incisions, deux longitudinales et deux verticales, les gencives couvrant la portion du bord alvéolaire à percer, de manière à énerver cette zone et à la pouvoir attaquer, sans douleur pour le malade, par deux trépans perforatifs qui y faisaient une brèche de la largeur du petit doigt au moins.

Avant Desault et avant Philippe Boyer, du reste, des chirurgiens étaient venus qui, entraînés par quelque fistu-

1. Le Baron Boyer, *Traité des maladies chirurgicales*, t. VI, p. 152, chez Migneret, Paris, 1822.

lisation anormale d'une suppuration antrale, avaient largement ouvert le sinus maxillaire. Bordenave [1] en rapporte plusieurs observations, qu'un peu d'attention démontre ressortir presque toutes à des cas de nécrose plus ou moins étendue de la mâchoire supérieure compliquée d'empyème higmorien. Ainsi Coutavoz, en 1750, ouvrit un gros abcès palatin « accompagné d'une telle destruction de l'os qu'il introduisit aisément le doigt dans le sinus » (guérison en 30 jours). Beaupréau en 1761, ayant à traiter une suppuration du sinus avec ostéite du plancher, « coupa avec un bistouri le bord alvéolaire, depuis la petite incisive jusqu'à l'avant-dernière grosse molaire et emporta ainsi et les dents et cette portion de l'os ». Bourdet, dentiste du Roi, en 1764, ayant examiné un malade dont le sinus « était fort dilaté et ramolli, ouvrit celui-ci en grand et fit par les alvéoles une incision en V dont la pointe était dirigée vers le haut. Bertrandi (de Turin), dans un cas de sinusite compliquée de phlegmon de l'orbite et de la joue et déjà ouverte sous le bord orbitaire de la mâchoire supérieure, introduisit par celui-ci un perforatif long et étroit recouvert de cire par la pointe, qu'il porta le plus perpendiculairement qu'il put contre la paroi intérieure de l'os maxillaire jusque sur la surface palatine de cet os contre laquelle il avait fortement appliqué deux doigts de la main gauche, et il perfora ainsi entre deux dents molaires supérieures », ce qui permit de « pourvoir ensuite à l'exfoliation des caries ».

La période des dentistes. — Toutes ces interventions étaient des interventions de nécessité ; elles étaient, pour ainsi dire, commandées par l'apparition de quelque abcès périsinusal et la formation d'un foyer d'ostéite nécrosante ; jamais opérations ne parurent plus justifiées.

L'antre d'Higmore n'allait cependant pas tarder à passer dans le domaine des praticiens de l'art dentaire. Devant ce qu'il appelait ces « destructions outrées et sans nécessité », Valaterus écrivait que le « trépanement des sinus était l'op-

1. BORDENAVE, *Loco citato*, p. 362 et suivantes.

probre de la chirurgie », et Jourdain [1], dans son beau traité des maladies de la bouche, tout en trouvant que le « très estimable Valaterus » jugeait les choses avec un peu de sévérité, conseillait, « plutôt que de pratiquer une ouverture artificielle, d'injecter et de sonder les sinus maxillaires par leur ouverture dans le nez ».

C'était le second pas de la rhinologie vers le sinus maxillaire ; et ce pas, c'est un dentiste qui le lui faisait faire.

Le traitement nasal des suppurations naso-maxillaires n'eut cependant aucun succès ; il offrait pour la pratique commune de trop grandes difficultés ; mais la méthode de Lamorier-Desault n'allait pas résister longtemps aux critiques dont elle avait été l'objet et, des mains du chirurgien, la cure de la sinusite maxillaire allait bientôt tomber dans les mains du dentiste.

Certes, la chirurgie dentaire était peut-être, à cette époque, la moins avancée de toutes les branches de guérir ; elle était encore, comme dit Thomas Bell [2], livrée à des manœuvres ignorants ; mais le grand Hunter venait d'écrire son beau traité des maladies des dents et d'imprimer à la dentisterie une orientation scientifique.

Ce fut même une curieuse évolution que celle qui se produisit alors.

En pratiquant une trépanation étendue, Desault et Boyer avaient envisagé la guérison rapide et radicale de leurs malades par évacuation copieuse et temporaire du pus. « Un fragment de plus enlevé à la mâchoire n'est rien pour la guérison, disait Desault [3], et c'est beaucoup pour elle qu'une libre issue au pus dont le séjour entretenait la maladie ; on trouve aux grandes ouvertures l'inconvénient de se fermer trop tard ; mais l'expérience prouve, au contraire, que ce n'est qu'aux petites que ce reproche est applicable. »

---

1. M. JOURDAIN, dentiste, *Traité des maladies et des opérations réellement chirurgicales de la bouche*, t. I^er^, p. 43, chez Valleyre, Paris, 1778.
2. T. BELL, Introduction au *Traité des dents humaines* de J. Hunter, *loco citato*, p. 13.
3. J. DESAULT, *Loco citato*, p. 160.

Et le baron Boyer [1] écrivait : « On ne doit pas perdre de vue que le succès de l'opération dépendant du libre écoulement de la matière purulente, on ne saurait donner trop de largeur à l'ouverture par laquelle elle doit sortir. Nous insistons sur ce point parce que nous n'avons jamais vu résulter d'inconvénients d'une large perforation et que nous avons vu l'ouverture pratiquée au sinus devenir fistuleuse précisément parce qu'elle était trop petite. » Hunter lui-même, auquel rien n'avait échappé, avait pressenti cette évolution cicatricielle des trépanations rétro-labiales du sinus maxillaire. « Ce point, disait-il, a plus de tendance à se cicatriser », et, « on acount of the difficulty of maintaining such an aperture, he still inclined to the practice of drawing one of the teeth [2] ».

Or c'est précisément cette guérison rapide des orifices de trépanation, si recherchée de Desault et de Boyer qu'elle était proprement le but de leur méthode, qu'on ne tarda pas à invoquer contre elle. Il y eut à cela plusieurs raisons : la première c'est que la trépanation chirurgicale n'était alors suivie d'aucun curettage des fongosités et que, très certainement, à côté de quelques cures impressionnantes, elle devait produire des récidives par rétention derrière le rideau cicatriciel de la gencive ; la seconde, c'est que l'étroitesse des orifices résultant de l'opération de Meibaum et de Cooper et l'insuffisance de l'évacuation qu'ils étaient capables d'assurer avaient déjà habitué les praticiens à la nécessité d'une brèche permanente. Cette notion se trouve très nettement formulée déjà dans le mémoire de Bordenave [3] (1768), qui, sur ce point, semble avoir échappé à l'influence qu'auraient pu exercer sur son esprit plusieurs observations rapportées par lui de guérison définitive, et sans fistule, après évacuation large et temporaire du contenu du sinus.

« Il ne suffit pas, dit-il, d'avoir fait une ouverture ; il faut

1. Le Baron Boyer, *Loco citato*, p. 150.
2. Samuel Cooper, *A dict. of practical surgery*, fourth edition, chez Thomas Davison, London, 1822, p. 178.
3. Bordenave, *Loco citato*, p. 347.

toujours l'entretenir dans un degré convenable ; on emploie à cette fin des corps dilatants ; si on cesse de faire usage de ceux-ci, l'ouverture se rétrécit et quand les matières sont abondantes, comme elles coulent avec moins de facilité, elles produisent de la douleur et quelques autres accidents. Pour éviter ces inconvénients, la canule d'argent paraît convenable... » Et c'est ainsi, par la nécessité supposée d'un orifice durable d'évacuation continue ou discontinue, que le traitement des suppurations antrales se réduisit bientôt à l'étroite trépanation du dôme alvéolaire suivie d'un drainage permanent. Et cette croyance, à la nécessité de maintenir un « état de fistule », devint telle qu'elle conduisit, dit L. Sardaillon [1], quelques praticiens, Ruffel, Hesse et Weinhold à passer un séton au travers du sinus et de la voûte, « in the most absurd and unscientific way » (S. Cooper [2]).

Ainsi s'établit peu à peu, par le besoin du drainage continu du sinus maxillaire, l'influence prépondérante de la dentisterie dans le traitement des suppurations antrales, drainage qu'elle n'allait pas tarder à devenir seule capable d'effectuer proprement.

Thomas Bell imagina, je crois, le premier tube sinusien ; c'était un bouchon de bois qui, mis en place, empêchait la pénétration des aliments dans le sinus et permettait, quand on l'enlevait, d'irriguer la cavité par l'orifice dont il assurait la béance. En 1743, Foubert, chirurgien de la Charité, fit usage d'une « canule de plomb ». On peut, dit Bordenave (p. 347), employer les corps dilatants, les cordes de boyaux, l'éponge préparée, mais il faut leur préférer la « canule d'argent dont l'ouverture est toujours la même, qui permet l'écoulement libre des matières et l'introduction aisée des médicaments et qu'il faut seulement boucher dans le temps des repas ». Deschamps [3] et Samuel Cooper [4] parlent d'as-

1. L. Sardaillon, *Des maladies du sinus maxillaire*. Th. agr. chez Gros, Paris, 1844.
2. S. Cooper, *Loco citato*, p. 180.
3. Deschamps, *Traité des maladies des fosses nasales et de leurs sinus*, 8 vol. p. 231, Paris, 1804.
4. S. Cooper, *Loco citato*, p. 179.

surer la béance de l'ouverture alvéolaire par une pièce de sonde en gomme élastique ou une canule en argent fixées sur une dent voisine.

C'est en vain que Boyer écrivit que de semblables appareils ne peuvent être utiles que lorsqu'on n'a pas fait une ouverture assez grande. Le drainage tubo-alvéolaire de l'antre d'Higmore triompha de la trépanation large. Qui ne sait le copieux usage qu'on a fait de ce drainage depuis une centaine d'années, et non d'ailleurs sans qu'il ait rendu de grands services? Les appareils qu'on a imaginés pour en assurer le fonctionnement sont extrêmement nombreux. Regard [1] les divise en trois catégories. Les premiers sont de simples bouchons pleins qui pénètrent dans la brèche alvéolaire d'où on les extrait au moment de l'irrigation du sinus. Les seconds sont des tubes creux de différents systèmes adaptés à des plaques bases qui prennent attache sur une dent voisine. Ces tubes creux sont munis d'un appareil obturateur qu'on enlève à volonté (dent mobile, clapet, broche, cheville, tube intérieur, etc.). Les troisièmes sont aussi des tubes creux pourvus, comme les précédents, d'un mécanisme obturateur; mais ils diffèrent de ces derniers en ce qu'ils sont munis extérieurement d'un pas de vis qui permet de les fixer dans un alvéole sans avoir recours à une plaque palatine.

La période des rhinologistes. — Heister [2] pensait que l'incurabilité des maladies du sinus maxillaire venait de la « difficulté de faire évacuer le pus par l'ouverture naturelle du sinus » en raison de la « disposition élevée de cet orifice ».

Dès 1760, Jourdain, s'emparant de l'idée d'Heister, fit, tant sur le cadavre que sur le vivant, des tentatives de cathétérisme du sinus maxillaire, qui, d'après leur inventeur, furent couronnées de succès et présentées en 1765 à l'Académie royale des chirurgiens [3]. C'est alors qu'on contesta à Jour-

1. A. Regard. *Des sinusites maxillaires. Revue trimestrielle Suisse d'Odontologie*, uillet 1903. Partie française, p. 153.
2. L. Heister, Art de ozæna, *loco citato*, p. 622.
3. Jourdain, *Recherches sur les différents moyens de traiter les maladies du*

dain la découverte dont il venait de « faire hommage à la compagnie aussi célèbre qu'estimée par ses travaux ». Allouel revendiqua pour son père l'honneur d'avoir imaginé le procédé en 1737 et d'en avoir fait en 1739 une heureuse application ; mais il est juste de tenir pour négligeable cette réclamation posthume de priorité qui ne se justifie par aucune publication et n'a d'autre appui que la « probité et les lumières » du postulant.

Au reste, la méthode de Jourdain n'eut pas une heureuse fortune ; la commission nommée par l'Académie royale des chirurgiens pour enquêter « into the merits of this suggestion [1] » condamna l'opération. Elle reconnut que quand Jourdain « pénétrait dans le sinus maxillaire par les fosses nasales, il faisait une fausse route à travers la paroi interne de l'antre d'Higmore » et, cette lésion lui ayant paru grave, elle proscrivit la méthode.

Que ce jugement porté par les commissaires de l'Académie royale de chirurgie sur les dangers de l'effraction de la paroi externe des fosses nasales soit trop sévère, ainsi que l'écrivent les auteurs du Compendium de chirurgie pratique [2], la chose, évidemment, n'est pas douteuse ; mais ce n'est point ici la question. Jourdain pensait que le cathétérisme évacuateur de l'antre d'Higmore était réalisable par les voies naturelles et qu'il le réalisait. Or, il semble bien qu'il ne le réalisait pas.

Et pas davantage n'arrivèrent à vulgariser la méthode ceux qui, plus tard, s'employèrent le mieux à la ressusciter : Garel [3], Hartman [4], Stoerk [5] et Thoumire [6]. Le cathétérisme

sinus maxillaire, et sur les avantages qu'il y a dans certains cas, d'injecter ces sinus par le nez. Mém. de l'Acad. roy. de chirurgie, t. IV, p. 357.

1. Samuel Cooper, *A. Dictionary of practical surgery*, 2e édit., p. 179, chez Thomas Davison, London, 1822.

2. Denonvilliers et Gosselin, *Compendium de chirurgie pratique*, t. III, p. 109, chez Asselin et Labit, Paris, 1852-1863.

3. Garel, *Diagn. et trait. des maladies du nez*, 2e édit., p. 284.

4. Hartman, *Deutsche. med. Woch.*, 1889, n° 10. Voir Luc, *Arch. int. de Laryng. et de Rhin.*, t. II, 1889, nos 3 et 4, p. 145 et 204.

5. Stoerk, 59e réunion des médecins allemands, 20 sep. 1886. Voir Luc, *Arch. de Layng.*, 1889, nos 1 et 2.

6. Ernest Thoumire, *Considér. anat. sur le sinus maxillaire*. Th. in Paris, 1901, n° 609, p. 32-33, etc.

du sinus par l'ostium est, en effet, pour ainsi dire, impossible ; on ne le réussit guère que s'il existe, au sinus maxillaire, un orifice accessoire dans les fosses nasales.

D'autre part, ainsi que l'ont observé Hajek et Lermoyez [1], la pénétration fortuite du cathéter dans le sinus au travers de l'ostium ne permet pas d'en pratiquer l'irrigation ; il ne se produit ainsi aucun « brassage du liquide » ; le pus demeure dans le bas-fond de l'antre qui se vide par regorgement. Si bien que, pour rendre le cathétérisme possible et le lavage effectif, quelques spécialistes, dans leur désir de ne pas abandonner les voies naturelles, ont conseillé, comme Bayer (de Bruxelles [2]), d'élargir l'ostium par le galvanocautère, ou, comme Schiffers (de Liège [3]), d'employer à cet effet un petit bistouri spécial.

Ces difficultés d'un cathétérisme condamné depuis les tentatives infructueuses de Jourdain, devaient conduire la rhinologie à pénétrer par effondrement dans le sinus maxillaire. Les auteurs du Compendium (Denonvilliers et Gosselin), Malgaigne, Sardaillon [4], avaient déjà remarqué qu'il n'y avait ni difficulté ni danger à traverser la mince lamelle osseuse et la muqueuse qui séparent la fosse nasale de l'antre d'Higmore.

Ainsi donc, on se mit à pratiquer ce que E. Zuckerkandl [5] appelle très justement la méthode de Hunter ; on ouvrit le sinus maxillaire par le nez.

De là naquirent plusieurs procédés, sur la description desquels je ne puis insister dans cette courte revue historique où je me propose surtout de montrer l'évolution qu'a subie le traitement des suppurations de l'antre d'Higmore.

On ponctionna donc le sinus par le méat moyen, au niveau de l'une ou de l'autre fontanelle nasale, dans la région

1. LERMOYEZ, *Loco citato*, p. 458.
2. BAYER, 59e réunion des médecins allemands. Séance du 20 sept. 1886. Voir Luc, *Arch. Laryngol. et Rhin.*, t. II, nos 3 et 4.
3. SCHIFFERS, 13e séance ann. de la soc. franç. de laryngologie. Voir Luc, *Arch. Laryng. et Rhin.*, t. II, p. 145 et 204.
4. SARDAILLON, *Loco citato*.
5. E. ZUCKERKANDL, *Anat. nor. et path. des fosses nasales*, traduct. de L. Lichtwitz et P. Garnault, 2e édit., t. I, p. 108 et 325, chez Masson, Paris, 1895.

que Zuckerkandl, après les auteurs du Compendium, considère comme très favorable à cette petite opération ; puis dans le méat inférieur, suivant la manière de J. Mikulicz [1].

A la simple ponction du sinus maxillaire par la fosse nasale et à l'élargissement de l'ostium, succéda la trépanation large qu'on pratiqua, comme la ponction, par le méat inférieur et par le méat moyen, ou encore par les deux méats, après destruction plus ou moins étendue du cornet inférieur.

Mais en 1893, Georges Caldwel [2], de New-York, imagina, pour le traitement des sinusites maxillaires, une opération qui fut reprise, réglée et vulgarisée quatre ans plus tard par Luc [3]. Cette opération réalisait une thérapeutique nouvelle. Chose fondamentale : elle appliquait aux fongosités sinusales la destruction par le curettage que la chirurgie générale utilisait depuis pas mal d'années déjà dans la cure de plusieurs processus chroniques (abcès froids, tuberculoses). Chose accessoire : après avoir ouvert la fosse canine pour exécuter le curettage des fongosités, elle fermait la plaie buccale et drainait par le nez.

Le curettage devint, à dater de ce jour, le temps nécessaire de la cure chirurgicale de la sinusite ; chacun l'accepta. Tous le pratiquèrent par la fosse canine. Mais les uns, ayant ouvert et curetté par la bouche, drainèrent par la bouche ; on disait d'eux qu'ils faisaient l'opération de Lamorier-Desault. Les autres ayant ouvert et curetté par la bouche, drainèrent par le nez ; on disait d'eux qu'ils faisaient l'opération de Caldwel-Luc.

Au milieu de tout cela, que devint donc, ainsi rajeunie par une technique complémentaire, la vieille opération de Lamorier ?

Avant que ne se répandit la pratique de l'opération de

---

1. J. Mikulicz, *Zur operatir. Behandl. d. Empyems der Highmorshöhle.* Zeitschr. f. Heilk Bd VII, 1886.

2. Georges Caldwel, *An improved method of treatment for suppuration of the maxillary antrum. New-York med. journal*, 4 nov. 1893, p. 526.

3. Luc, *Une nouvelle méthode opératoire pour la cure radicale et rapide de l'empyème chronique du sinus maxillaire. Arch. intern. de laryng., de rhin. et d'otol.*, 1897, p. 273.

Caldwel, on peut dire qu'elle était grandement négligée ; seuls, les chirurgiens la faisaient encore de temps à autre. Les rhinologistes, quand l'affection résistait aux ponctions diaméatiques ; les dentistes quand l'extraction des molaires se montrait insuffisante ; tous avaient recours à l'opération de Cowper-Drake. On perforait le fond de l'alvéole, et on tubait le sinus.

Du jour où, après les publications de Caldwel et de Luc, se généralisa l'emploi du curettage des fongosités, l'opération de Lamorier subit une évolution différente en France et en Allemagne.

En France, elle disparut tout à fait de la pratique rhinologique, sous la réprobation commune des spécialistes qui l'accusèrent d'être « nuisible, sinon dangereuse ». Au contraire, les Allemands continuèrent à défendre cette « pratique retardataire ». Mais, tout à fait oublieux du but que s'étaient proposé et qu'avaient atteint souventes fois ses initiateurs, ils la déformèrent, la faussèrent et, sous prétexte de surveiller le travail de réparation du sinus, mirent en pratique tous les procédés imaginables pour retarder la fermeture de la plaie buccale et faire qu'ainsi troublée dans son évolution naturelle, cette malheureuse trépanation de la fosse canine mît un tel temps à guérir et dans de si piteuses conditions, que cela justifiait pleinement le jugement sévère que portait sur elle l'école française. Il en alla de même en Angleterre. Tout récemment encore, Herbert Tilley [1], dans son rapport du Congrès de Manchester, se déclare nettement partisan de l'opération de Kuster [2] (lisez opération de Lamorier-Desault) ; il la trouve plus simple que l'opération de Caldwel-Spicer (l'on dit en France opération de Caldwel-Luc) ; mais il lui

1. Herbert Tilley, *Indications et résultats du traitement chirurgical des sinusites maxillaires et frontales*, in *Ann. des mal. de l'oreille, du larynx, etc.*, fév. 1903 n° 2, p. 195.

2. On dit que l'opération de Kuster diffère des anciennes trépanations de la fosse canine en ce qu'elle est une trépanation sous périostée, tandis que les autres trépanations ouvraient la fosse canine au travers de la fibro-muqueuse (Th. in Marcel Béliard, Paris, 1901, n° 163, p. 33). C'est là une erreur : Lamorier décollait la muqueuse jugale.

reconnaît surtout l'avantage, comme les spécialistes allemands, d'établir une large ouverture par laquelle l'antre reste longtemps accessible à l'examen, et dont il prend soin, du reste, de prolonger la béance par le moyen d'un obturateur en caoutchouc.

En France, l'opération de Caldwel détrôna donc toutes les méthodes antérieures.

Le séculaire tubage alvéolo-sinusal de Thomas Bell qui, s'il ne guérissait pas les sinusites, avait, au moins, depuis longtemps, préservé tant de malades contre les complications de ces sinusites, ce séculaire tubage qui, il y a une quinzaine d'années, constituait, on peut le dire, conjointement avec les irrigations à la « canule baïonnette », l'unique traitement des suppurations higmoriennes, ce tubage lui-même n'allait plus être considéré que comme du « temps perdu et comme une complication artificielle de la sinusite » ; il allait disparaître de la pratique des rhinologistes pour rester l'apanage des praticiens de l'art dentaire, ses fidèles.

C'est que, dit Lermoyez [1], la « chirurgie rhinologique était venue. On se risquait à ouvrir un sinus, puis deux, puis tous ;... et les rares rhinologistes qui n'étaient pas partisans de cette rhino-chirurgie systématique hésitaient presque à l'avouer et se tenaient à l'écart ».

Mais ce fut une chose curieuse que cette évolution, vers la rhinologie, des suppurations du sinus maxillaire. En pratique, on en vint à négliger grandement, sinon à oublier totalement, la thérapeutique dentaire ; en clinique, à l'encontre de nos anciens pour qui la notion étiologique des sinusites se résumait tout entière dans les altérations de la rangée molaire et de l'os qui l'encadre, les rhinologistes substituèrent la pathogénie nasale à la pathogénie buccale et la sinusite ne devint plus guère autre chose qu'une complication des rhinites.

Certes, les traités didactiques de la spécialité n'allèrent pas jusque-là ; mais, en fait, les choses se passèrent

1. M. LERMOYEZ, *De la guérison spontanée de l'empyème vrai du sinus maxillaire. Ann. des mal. de l'or., du larynx et du nez.*, avr. 1904, p. 13.

comme je viens de le dire, et nul rhinologiste ne l'ignore.

Lorsqu'à un moment donné de ma carrière, je décidai de m'adonner à la chirurgie cervico-faciale, j'abordai l'étude des suppurations sinusiennes en chirurgien et, je dois le dire, en chirurgien que son passé et son enseignement avaient versé dans l'étude des choses de la bouche et des dents.

Or, quelle ne fut pas, à ce moment, ma surprise de voir arriver à ma consultation hospitalière des malades qui avaient subi « l'opération radicale » de la sinusite maxillaire par le procédé de Caldwel-Luc et qui portaient encore dans la bouche, au-dessous du sinus, des dents à pulpe ouverte et des chicots infectés auxquels on n'avait pas une minute songé. Et ceux qui avaient opéré de pareils malades étaient cependant des praticiens tout à fait distingués.

A dater de ce jour, qui de vous n'en a gardé le souvenir? Je m'employai énergiquement, chaque fois que l'occasion s'en présenta, et elle se présenta souvent, à montrer à ceux qui m'entouraient le rôle considérable et prépondérant que joue l'altération molaire dans la pathogénie des sinusites maxillaires, la nécessité thérapeutique d'un traitement dentaire préalable à toute autre intervention et la fréquence des guérisons assurées par ce seul traitement dentaire.

Aussi n'est-ce pas sans une véritable satisfaction qu'en 1904, j'ai vu M. Lermoyez[1], un de ceux qui furent « très enthousiastes à suivre les spécialistes qui menèrent la charge opératoire contre les sinus », publier, avec l'humour qui lui est propre, deux observations de guérison d'une suppuration sinuso-maxillaire par simple avulsion dentaire, et les faire suivre des sages réflexions que voici : « Mes deux observations et d'autres, ailleurs publiées, démontrent, ce qu'on oublie plus qu'on ne le sait, que l'empyème maxillaire peut guérir spontanément, je veux dire sans aucun autre traitement que la suppression de sa cause. »

*
* *

1. M. LERMOYEZ, *De la guérison de l'empyème vrai du sinus maxillaire*, in *Ann. des mal. de l'or., du larynx, du nez et du pharynx*, janvier 1904, p. 7.

Tels sont les principaux traits de l'histoire du traitement des suppurations du sinus maxillaire.

Avant de dire, sur ce traitement, le résultat de ma pratique personnelle et l'opinion qui m'est venue de celle-ci, il est une question préjudicielle qu'il me faut ici trancher.

Laissant de côté les suppurations sinusales qui proviennent de l'infection du sinus par traumatisme, corps étranger ou lésion organique de voisinage (tuberculose, cancer, actinomycose) qui sont relativement rares, on peut diviser en deux groupes la grande masse des suppurations sinusales restantes, des suppurations communes, les seules dont il soit ici question : les suppurations d'origine nasale et les suppurations d'origine dentaire.

Je ne sais lesquelles sont les plus répandues et je crois que cela est impossible à savoir. Parmi les malades qui paraissent avoir une suppuration d'origine nasale, il en est peu, en effet, dont le système dentaire soit dans un tel état d'intégrité qu'on puisse affirmer qu'il n'est certainement pas à incriminer.

Bref, après avoir trop longtemps confondu ces deux ordres de suppurations sinusales, l'on prétend aujourd'hui les différencier et en faire deux espèces tout à fait distinctes : distinctes par la pathogénie, l'anatomie pathologique, la clinique et les indications thérapeutiques.

Distinctes par la pathogénie : Les sinusites dentaires seraient, proprement, des empyèmes, c'est-à-dire un « entrepôt de pus » ; les sinusites nasales des abcès, c'est-à-dire une « fabrique de pus ». Dans les primitives, le pus est « déposé » dans la cavité sinusale ; dans les secondes, il y est formé ; là de « provenance étrangère » ; ici « indigène ».

Distinctes anatomiquement : Dans l'empyème, les parois du sinus sont saines ; dans l'abcès, elles sont altérées ; la muqueuse qui les tapisse est « fongueuse et ulcérée ».

Distinctes cliniquement : « L'empyème n'est qu'un épisode sans gravité au cours d'une affection d'à côté ; l'abcès, la sinusite vraie, est une affection grave et tenace. »

Distinctes thérapeutiquement : L'avulsion d'une dent malade, d'un chicot, d'un séquestre alvéolaire suffisent à guérir l'empyème qui n'a pas « d'existence personnelle » et se montre incapable de « survivre à la suppression de sa cause », tandis que l'abcès, semble-t-il, ne peut guérir que par une large intervention [1] ».

Il y a, dans cette division, un schéma commode mais subtil, et, pour tout dire, une véritable et dangereuse pétition de principe. Et je voudrais dire pourquoi.

En dehors des irruptions plus ou moins brutales dans l'antre d'Higmore d'un pus de formation dentaire aiguë (telle se comporte l'évacuation intra-sinusale d'une périostite alvéolo-dentaire suppurée) il y a, sur la muqueuse de cet antre, l'action de voisinage lentement infectante de toutes les maladies chroniques de l'appareil alvéolo-dentaire : la pulpo-radiculite d'une dent dont l'apex est, ou non, pénétrant ; le petit kyste apical infecté, la cémentite sournoise, l'arthrite, la périarthrite (alvéolite) dentaires et, au-dessus de toutes ces lésions, l'ostéite lente du plafond alvéolaire. Et tout cela pent engendrer et engendre en fait la sinusite vraie, l'inflammation vraie du sinus. Même, la proportion des sinusites aiguës d'origine nasale (presque toujours grippales) que je vois spontanément guérir est telle, que je ne puis m'empêcher de penser que la plupart des sinusites chroniques sont d'origine dentaire.

Que l'on dénomme empyèmes les suppurations du sinus qui guérissent par simple évacuation du pus, et sinusites les suppurations qui persistent après cette évacuation, cela n'a d'autre inconvénient que de donner une mauvaise définition des choses, puisque cette définition n'est applicable, si je puis dire, qu'après coup, et qu'une maladie ne se peut raisonnablement définir et classer par la thérapeutique qu'on lui oppose.

Mais qu'on s'appuie sur la guérison de ces prétendus

1. Toutes les expressions citées entre guillemets sont empruntées aux deux mémoires de Lermoyez déjà cités (*Ann. des mal. de l'or., du larynx, du nez et du pharynx*, nov. 1902, p. 389 et janvier 1904, p. 7).

empyèmes sinusaux par l'avulsion dentaire pour prétendre non seulement qu'ils sont eux, nécessairement, d'origine dento-alvéolaire, mais encore et surtout que les suppurations que ne guérit pas cette avulsion sont nécessairement d'origine nasale : voilà où éclate la pétition de principe ; voilà l'erreur du schéma.

Il est certain qu'il y a des suppurations sinusales avec grosses altérations de la muqueuse, laquelle bourgeonne sous forme de fongosités abondantes, et des suppurations sinusales avec peu de lésions de cette muqueuse ; je me suis longuement appuyé sur cette anatomie pathologique dans un récent travail sur le traitement des sinusites frontales, et j'ai montré que ce traitement se résumait précisément, non pas dans la mise en œuvre de tel ou tel procédé opératoire, mais bien exclusivement dans la destruction nécessaire de la fongosité. C'est ici comme en chirurgie générale.

Donc la fongosité dans les suppurations sinusales est tout, et personne, je pense, ne l'affirma aussi catégoriquement que moi. Mais que la fongosité soit considérée comme fonction de l'origine nasale de la suppuration sinusale, et que l'absence de fongosité devienne fonction de l'origine dentaire de cette suppuration : voilà où est la classification de tendance et voilà contre quoi je m'élève.

En réalité, nous ignorons la cause première, la signification étiologique vraie de la fongosité en général ; nous ne savons d'elle qu'une chose : c'est qu'elle est, en fait, la réaction visible et tangible de tout organe qui suppure depuis longtemps, et l'on ne voit pas pourquoi, en ce qui concerne le sinus maxillaire, les suppurations d'origine dentaire se comporteraient autrement que les sinusites d'origine nasale. Lermoyez dit bien que si, dans ces dernières, la muqueuse est « fongueuse et ulcérée », c'est que, dans les sinusites aiguës dont elles sont la suite, la « stagnation du pus corrode très vite la muqueuse qui, altérée dès le premier jour, ne lui oppose pas de résistance » ; mais c'est là une simple vue de l'esprit et l'observation quotidienne, qui nous montre l'extrême fréquence de la guérison spontanée des plus

violentes sinusites aiguës grippales, démontre précisément l'inanité de cet argument schématique. J'ai opéré à l'heure qu'il est un grand nombre de sinusites maxillaires par l'ouverture très large de la fosse canine ; ayant toujours soumis mes patients au traitement dentaire préalable, lequel en a, d'ailleurs, guéri beaucoup, je puis affirmer n'avoir opéré que des cas justiciables de la cure chirurgicale proprement dite ; aussi ai-je toujours trouvé dans le sinus d'abondantes fongosités.

Eh bien ! beaucoup de ces sinusites étaient, à coup sûr, d'origine dentaire. Une de mes dernières observations est, sur ce point, particulièrement intéressante : c'est celle d'un malade porteur d'une sinusite maxillaire dont mon confrère Lebedinsky avait, depuis plusieurs mois, saisi le début et suivi l'évolution. C'était une sinusite dentaire. Tout le massif des molaires était à nu ; le pus s'évacuait par l'alvéole de la seconde prémolaire. La large trépanation de la fosse canine que vous m'avez vu pratiquer sur le patient, nous montra un énorme sinus maxillaire dont la cavité était tout entière remplie d'énormes fongosités, de véritables végétations myxomateuses, telles, je crois, que je n'en avais jamais vu une pareille quantité.

En résumé, il est impossible de distinguer anatomiquement une sinusite maxillaire chronique de cause dentaire d'une sinusite maxillaire chronique de cause nasale ; leurs lésions se confondent. L'une et l'autre contiennent, suivant les cas, plus ou moins de fongosités ; mais ces fongosités sont fonction de la durée de la suppuration et, s'il est vrai que d'autres causes interviennent dans leur formation, nous n'avons, à l'heure actuelle, aucun document pour les rapporter à l'origine dentaire ou nasale du processus infectieux.

Voilà pour l'anatomie. Voyons maintenant pour la clinique. Eh bien, en clinique, il est des cas, surtout quand l'affection ne remonte pas à une date très ancienne, où le diagnostic est assez facile, d'autres où il reste impossible ou douteux, et ce sont, je crois, les plus nombreux. Il n'est pas, en effet, commun de rencontrer un malade atteint d'une sinusite parais-

sant, d'après les commémoratifs, ressortir à une infection naso-grippale, chez lequel la rangée molaire soit si saine qu'on ne puisse d'aucune manière l'incriminer et, en beaucoup de cas, en présence d'une sinusite qui raisonnablement semble dépendre d'une altération alvéo-dentaire, on peut toujours invoquer dans le passé du patient le coryza grippal auquel peu de personnes peuvent se vanter d'avoir échappé.

Si donc de telles difficultés d'appréciation s'élèvent, en clinique, sur l'origine probable des suppurations de l'antre d'Higmore (dents ou nez) est-il, au moins, possible d'établir, en dehors de toute notion étiologique, la mesure approximative des fongosités qui en tapissent les parois ?

G. Mahu [1], chercheur ingénieux, s'appuyant sur ce fait évident que la « dégénérescence fongueuse et myxomateuse de la muqueuse sinusale ne peut s'opérer sans une diminution très accentuée de la capacité du sinus », pense que, quelle que soit la capacité du sinus à l'état sain, il convient de conclure à l'existence d'une sinusite fongueuse toutes les fois que la quantité de liquide retiré de ce sinus par ponction capillaire diaméatique est inférieure à un centimètre et demi.

Je n'ai pas besoin de dire les nombreuses objections théoriques qui se dressent à priori contre la valeur de cette exploration ; Mahu les a, d'ailleurs, pressenties lui-même presque toutes. La capacité variable du sinus ; la hauteur un peu différente de l'ostium et son degré variable de perméabilité, l'impossibilité de pratiquer toujours à la même hauteur la ponction diaméatique de soutirage, ce qui laisse, au-dessous du trocart, un bas-fond de cubage inappréciable, enfin la fuite qui se produit entre ce trocart et les bords de l'orifice de perforation, fuite dont l'importance dépend de l'état anatomique et des altérations de la paroi : tout cela explique qu'en fait le « signe de Mahu » est un signe trompeur sur lequel il n'y a pas à compter. Nous l'avons plusieurs fois mis en pratique, et s'il est vrai qu'il ne nous soit jamais

1. G. Mahu, *Un signe diagnostique de la sinusite maxillaire (Ann. des mal. de l'or., du larynx, du nez, etc.*, février 1903, t. XXIX, n° 2, p. 159.

arrivé de ne pas trouver de fongosités au-dessous d'un jaugeage d'un centimètre cube et demi, il nous est en revanche arrivé d'en trouver alors que le jaugeage s'élevait au-dessus de cette mesure.

J. Guisez et E. Guérin [1], jugeant que, dans les suppurations sinusales avec fongosités, l'opacité constatée par l'épreuve de la diaphanoscopie est plutôt due aux altérations pariétales qu'à la présence du pus dans la cavité, font le diagnostic de sinusite fongueuse quand, immédiatement après une grande irrigation de l'antre (un litre) faite sous pression assez forte, la transparence ne réapparait pas. C'est une conclusion raisonnable. Je préfère l'à peu près de cette exploration à la mathématique du signe de Mahu. Néanmoins, elle trompe. Trop d'éléments interviennent dans la diaphanoscopie pour qu'on puisse faire sérieusement état de celle-ci. Nous la prenons quelquefois en défaut, non plus seulement quand il s'agit d'établir le degré des lésions, mais seulement de poser le simple diagnostic de sinusite. Au reste, la critique décisive du signe décrit par J. Guisez et E. Guérin se trouve tout entière sous leur plume, puisqu'ils reconnaissent avoir, dans plusieurs cas de sinusite aiguë sans pus, constaté une « obscurité qu'ils attribuent à la simple congestion de la muqueuse sinusale » et, dans des cas chroniques, n'être arrivés à déceler la transparence, marque de l'absence de fongosités, qu'aux troisième ou quatrième éclairages, parce qu'au moment des premiers, ici encore, la muqueuse était congestionnée ! Qu'est-ce donc que cette prospection diagnostique qui se comporte de la même manière devant l'éphémère congestion d'une muqueuse sans épaisseur et devant l'irréductible opacité de fongosités massives ?

*
* *

Il y a deux conclusions à tirer de cette discussion : la

1. J. Guisez et E. Guérin, *Note sur un signe diagnostique de la sinusite maxillaire chronique*, in *Ann. des mal. de l'or., du nez et du larynx*, juin 1903, t. XXIX, nº 6, p. 539.

première, c'est qu'il nous est impossible, en présence d'une suppuration ancienne du sinus maxillaire, d'établir la mesure des fongosités que contient celui-ci ; la seconde, c'est qu'en dehors des cas où le malade porte dans un état de parfaite intégrité sa rangée molaire sous-sinusale, nous ne pouvons que très rarement apprécier si cette suppuration ressortit à une infection d'origine dentaire ou à une infection d'origine nasale.

Ainsi se pose, très simplifié par l'obscurité clinique qui règne habituellement sur les lésions et les causes de la sinusite maxillaire ancienne, le problème de son traitement ; j'entends par là qu'une règle commune est applicable à tous les cas et qu'il n'y a point à faire varier la thérapeutique suivant l'origine supposée de l'affection. Il va de soi que je n'entends parler ici que des seules sinusites maxillaires et que je laisse complètement de côté dans cette discussion les polysinusites et les pansinusites.

Tout malade atteint d'une suppuration chronique de l'antre d'Higmore dont les dents sous-sinusales sont tout à fait saines est, avant tout, justiciable de la ponction et des irrigations diaméatiques (voie du méat inférieur). Je dois dire que je n'ai pas la moindre confiance dans ce traitement ; je l'ai vu constamment échouer dans les vieilles sinusites ; il n'est applicable avec quelque chance de succès qu'à ces sinusites aiguës qui ne guérissent pas toutes seules et menacent de passer à l'état chronique, ou encore à ces curieuses suppurations passagères et récidivantes qu'on observe chez quelques malades. Mais c'est un procédé si simple, si inoffensif, si conservateur, que je conseille de l'employer tout d'abord.

Quand, au contraire, le malade a des molaires en souffrance, c'est par la bouche qu'il convient d'ouvrir l'antre. Je suis tout à fait intransigeant sur ce point qu'avant d'entreprendre la cure chirurgicale de la sinusite maxillaire il faut, non seulement « mettre en état » toutes les dents suspectes, arracher ce qui est irréparable, désinfecter et obturer tout ce qui peut être facilement conservé, mais encore pratiquer

l'ouverture alvéolaire. Cette ouverture résulte quelquefois de la simple avulsion dentaire ; elle nécessite quelquefois la trépanation du plafond de l'alvéole. L'une et l'autre chose sont œuvre de dentiste. Il est des cas où la seule évacuation du pus suffit à la guérison ; d'autres où il faut pratiquer dans la cavité du sinus des irrigations détersives et modificatrices. Chaque praticien de l'art dentaire a, sur ce point, ses préférences : l'eau oxygénée, l'eau phéniquée, l'alcool, la teinture d'iode, le nitrate d'argent, le chlorure de zinc. Je n'ai aucune expérience personnelle de ces choses et je ne puis dire quel topique est le meilleur. Je pense même que, toutes les fois où la guérison survient à la suite de ce traitement qui est, proprement, le traitement dentaire de la sinusite, c'est à l'évacuation du pus et à la suppression de la cause pyogène bien plutôt qu'à l'action des liquides injectés qu'il convient de l'imputer et que, dans ces cas, la muqueuse n'est pas recouverte de fongosités.

Une question se pose ici sur laquelle bien souvent les élèves ont voulu connaître mon sentiment : celle des indications et des contre-indications du drainage, du tubage alvéolo-sinusien. Beaucoup de dentistes ont l'habitude, après avoir trépané le fond de l'alvéole, de fabriquer un tube métallique qu'ils introduisent dans la cavité du sinus ; ce tube est une sorte d'obturateur creux à demeure ; il empêche la pénétration des aliments dans le sinus et, pendant la phonation, s'oppose au passage de l'air de la cavité buccale dans les fosses nasales au travers de l'antre jugal. Une ou plusieurs fois par jour, le patient extrait l'obturateur, laisse ainsi le pus formé dans le sinus s'écouler dans la bouche et, au besoin, pratique une irrigation par l'orifice devenu libre : c'est la vieille manière de Thomas Bell.

Eh bien ! je ne condamne nullement cette pratique ; mais à la condition qu'on ne l'envisage pas autrement que comme une thérapeutique temporaire ; elle ne peut, en effet, se justifier que par l'espoir d'obtenir, par une prolongation raisonnable du drainage et du traitement dia-alvéolaires, la cure définitive d'une sinusite qu'on ne veut pas encore li-

vrer à l'action chirurgicale. Mais dès l'instant que ce tubage sinusien, de curateur devient simplement palliatif, dès qu'il n'assure plus autre chose qu'un drainage de sûreté, dès qu'il n'est plus maintenu que pour parer aux inconvénients (rétention) d'une sinusite qu'il s'est montré incapable de guérir, dès qu'il passe, si je puis ainsi parler, à l'état chronique, il n'est plus qu'une méthode vieillie et condamnable, car il perpétue pour le patient une infirmité très curable.

Il y a donc des suppurations de l'antre d'Higmore que ne guérissent ni les ponctions diaméatiques suivies d'injections modificatrices chez les malades à molaires saines, ni, chez les malades à molaires malades, l'avulsion dentaire suivie de la trépanation du fond de l'alvéole et du tubage temporaire du sinus.

A ces suppurations il faut appliquer un traitement radical, le seul qui puisse les guérir : le curettage méthodique des fongosités. Celui-ci comporte une véritable opération chirurgicale, simple en vérité, mais assez longue et minutieuse, et d'ailleurs bénigne, dont le premier temps est l'ouverture large de la fosse canine.

Vous avez entendu parler de méthodes qui, sans faire de brèche dans la fosse canine et, par conséquent, sans curetter les fongosités, prétendent réaliser la guérison des suppurations higmoriennes par la seule formation d'un grand trou dans la paroi externe de la fosse nasale ; celui-ci assure une communication large entre la cavité du nez et la cavité du sinus, établit pour celui-ci un bon drainage d'évacuation et en soumet la muqueuse à une sorte d'aération et de dessiccation permanentes. Claoué [1], de Bordeaux, et Escat [2], de Montpellier, reprenant, perfectionnant et réglant la technique de ces trépanations naso-sinusiennes déjà pratiquées avant eux par Rethi, Siebenman, Kaspariantz, se

1. Claoué, *Trait. des supp. chron. du sinus maxill. etc. Sem. méd.*, 15 oct. 1902, p. 340.

2. Escat, *in Th. de* L. Vaquier *sur la trépanation large du sinus maxill.* Montpellier, 1903.

sont faits les défenseurs de ces opérations très simples qui sont de vraies opérations de cabinet. Je suis convaincu qu'elles ne peuvent que donner de bons résultats, dans les cas de pyo-sinusites non fongueuses et j'y aurais volontiers recours, avant d'entreprendre davantage, dans les cas où l'intégrité de toutes les molaires ne justifierait pas l'avulsion dentaire et la trépanation de l'alvéole ; mais je suis convaincu qu'elles sont, au même titre que ces dernières interventions, incapables de guérir les vieilles sinusites fongueuses ; celles-ci ne relèvent que de la destruction complète de toute la végétation bourgeonnante par curettage, et ce curettage ne peut être en aucune manière réalisé par les procédés endo-nasaux. Tel est, du reste, aussi, à en juger par les conclusions du mémoire de L. Vaquier, élève d'Escat, le sentiment de ceux-là mêmes qui préconisent ces procédés de douceur.

C'est donc au curettage méthodique des fongosités qu'il faut demander la cure radicale des sinusites rebelles à la trépanation simple du sinus. Ce curettage est l'application raisonnable, à un cas particulier d'inflammation végétante, d'une méthode de chirurgie générale utilisée depuis une vingtaine d'années pour le traitement des suppurations chroniques et pour le nettoyage de toutes les cavités infectées. Il n'a donc en soi rien d'original ; mais il est juste de dire que c'est Luc en France et Caldwel en Amérique qui en ont systématisé l'application au traitement des suppurations sinusales. Autrefois, en effet, « on se contentait d'ouvrir le sinus et on laissait l'affection guérir à sa guise ; aujourd'hui on le gratte soigneusement et on en visite, curette en main, tous les prolongements » (Lermoyez). C'est en cela, vraiment, bien plus que dans les modifications apportées au siège et au mode de la trépanation, que réside le grand progrès réalisé depuis quelques années par le traitement des suppurations sinusales.

En effet, comme je le disais, ce nettoyage n'est réalisable que par la brèche canine ; la trépanation de la fosse canine est donc, quelle que soit la manière dont on termine

l'opération, le premier temps nécessaire de cette opération.

Je la fais très large, aussi large que cela est nécessaire pour inspecter minutieusement et curetter de même toute l'étendue de la cavité. Je la fais descendre très bas, jusqu'au contrefort d'où se détache le rempart alvéolaire externe. Je la porte aussi très en avant, jusqu'à l'insertion antérieure de la paroi externe de la fosse nasale. Plus l'ouverture est grande, mieux on voit, mieux on gratte, plus l'opération est sûre, plus elle est rapide. Autrefois, je détruisais systématiquement, au-dessous de la fosse canine, le rempart alvéolaire externe dans toute l'étendue où le sacrifice possible des dents malades me permettait de le faire, assurant ainsi, par la destruction du bas-fond du sinus transformé en une sorte de plan incliné favorable à l'évacuation, le drainage absolument parfait de la cavité. J'ai abandonné cette pratique que l'expérience ne m'a pas démontrée nécessaire. Je la réserve seulement aux cas où il existe une ou plusieurs fistules sinuso-alvéolaires et où il importe que toutes se confondent avec l'orifice de la trépanation.

La trépanation et le curettage du sinus maxillaire par la fosse canine ne font courir au patient aucun risque appréciable par hémorragie ; mais c'est, comme nous disons, une opération assez saignante. Le sang provient de la section, par la pince-gouge, d'une petite artère qui circule dans la paroi antérieure de la fosse canine, au-dessus de la canine, et quelquefois, quand on poursuit haut la trépanation, de la section d'un rameau d'épanouissement de la sous-orbitaire, enfin et surtout du curettage des fongosités. Cette hémorragie n'a d'autre importance que d'obscurcir constamment le champ opératoire, d'allonger l'opération et d'obliger le chirurgien, comme cela arrive pour toutes les opérations sur les cavités de la face, à procéder par « étapes » interrompues par des temps de compression et d'anesthésie complémentaire. Il convient de ne pas se hâter ; on laisserait sur place des fongosités. Il faut que partout la paroi sinusale éclairée soit blanche, parfaite-

ment blanche. C'est surtout en bas, dans la rainure inférieure, au-dessus des dents, et en dehors, dans la concavité malaire, que végète la production fongoïde. A surveiller attentivement aussi le recessus que laissent quelquefois entre elles la paroi postérieure et la paroi supérieure et qui échappe facilement à l'exploration. Sur un jeune homme, j'ai vu un véritable dédoublement de la paroi supérieure du sinus en plusieurs petites cavités osseuses remplies de pus et de fongosités.

Quand la toilette du sinus est terminée, deux manières s'offrent au chirurgien de déterminer l'opération : l'une, préconisée par Caldwell (Amérique), par Luc (France), par Spicer (Angleterre) et aujourd'hui adoptée par la presque totalité des rhinologistes de France, consiste à fermer par suture la plaie chirurgicale de la fibro-muqueuse gingivale et, faisant retour à la vieille manière de Rethi, à drainer le sinus par une large ouverture pratiquée dans la portion inférieure de la paroi externe des fosses nasales, après résection partielle du cornet inférieur ; l'autre, qui est ma pratique personnelle, consiste simplement, ainsi qu'autrefois le faisaient Lamorier, Desault, Boyer, à livrer la plaie buccale au travail de la cicatrisation spontanée, assurant ainsi par elle le drainage de la cavité sinusale.

Je ne porterai aucun jugement sur la première de ces opérations, ne l'ayant jamais pratiquée. Je suis convaincu qu'elle ne serait pas pareillement en faveur si elle n'était pas une bonne opération. J'ai eu à examiner un certain nombre de malades sur lesquels elle avait été exécutée par mes assistants ou par des confrères étrangers à mon service ; les résultats étaient différents, mais, dans l'ensemble, assez favorables. Presque tous les malades, cependant, avaient des croûtes ; quelques-uns mouchaient encore du pus. Mais il y a trop de contingences à faire intervenir dans l'explication de ces deux symptômes (éthmoïdite, sinusite frontale, rhinite purulente chronique, curettage insuffisant) pour que je puisse, ayant observé quelques cas seulement, apprécier sainement le procédé de Caldwel-Luc.

Je pense cependant, comme Grünwaldt[1], que la résection du cornet inférieur constitue, dans le cas particulier, une mutilation, suivie de quelques inconvénients, qu'aucune raison sérieuse ne justifie et, comme Herbert Tilley[2], que la grosse objection faite à la trépanation canine, à savoir qu'elle laisse le sinus en communication infectante avec le milieu septique de la bouche, n'a qu'un caractère purement spéculatif. Il faut n'avoir pas une grande habitude de la chirurgie buccale pour ignorer de quelle manière rapide guérissent les nombreuses interventions qu'elle comporte.

La seconde opération, celle qui consiste à ne pas pratiquer d'ouverture nasale et à laisser le drainage sinusal s'effectuer par la plaie de la bouche livrée à sa cicatrisation naturelle, est, au moins telle que je la pratique, une bonne opération qui assure, d'une manière régulière et, à ce qu'il me semble, dans les meilleures conditions, la cure radicale des sinusites maxillaires.

En dehors des cas où des lésions plus ou moins étendues du processus alvéolaire nécessitent la destruction d'une portion du rempart alvéolaire externe des molaires et du plancher du sinus (cas, d'ailleurs, auxquels l'opération de Luc n'est pas applicable) la guérison de la plaie s'opère en quelques semaines; la fibro-muqueuse de la fosse canine retombe comme un rideau sur la brèche creusée dans l'os et, sur la presque totalité de leur étendue, les deux lèvres de la section gingivale se réunissent rapidement. Sur un point, celui par où s'opèrent les irrigations de la cavité, elles restent quelque temps encore séparées, mais ce point se rétrécit peu à peu et subit à son tour le travail de cicatrisation. Chez quelques malades, on voit persister un orifice très petit, incapable de recevoir autre chose qu'un mince stylet, par où aucun liquide ne s'écoule, qui n'est la source d'aucun inconvénient, d'aucun ennui et qu'on a souvent beau-

1. GRUNWALDT, *Discussion sur les résultats du traitement chirurgical des sinusites. Ann. des mal. de l'oreille, du larynx*, fév. 1903, nº 2, p. 200.
2. HERBERT TILLEY, *Loco citato*, p. 199.

coup de peine à trouver dans le fond du cul-de-sac gingivo-jugal où il se dissimule.

Analysant mes premières observations, observations qui embrassent des cas de toute sorte, ceux mêmes où j'ai dû détruire par exérèse des foyers d'ostéite et de nécrose alvéolaires et qui, d'ailleurs, se rapportent à une période où je pratiquais systématiquement, la destruction du rempart alvéolaire externe, de Névrézé[1], dis-je, a trouvé que cet orifice persistait, et d'ailleurs excessivement petit, dans un 1/4 des cas (au moins après quelques semaines). Il pense que c'est là un puits d'aération, de ventilation du sinus, et que sa formation répond probablement à l'obstruction de l'ostium. Peut-être a-t-il raison. Cependant, il ne trouverait certainement pas la même proportion dans ma seconde série d'observations. Cela tient à plusieurs causes. C'est, d'abord, à ce que je pratique un meilleur curettage que je ne le faisais alors ; c'est, ensuite, à ce que je ne détruis le rempart externe et le fond de l'avéole que lorsque m'y obligent une fistule alvéolo-sinusale ou des lésions d'ostéite péri-alvéolaire. Il est certain que la suppression du plancher antral favorise la formation fistuleuse, et quoique l'existence d'un orifice buccal aussi petit soit innocente à ce point que le patient lui-même l'ignore, il n'est pas douteux qu'il vaut mieux — ne serait-ce que pour le bon renom du procédé — que la fermeture soit tout à fait étanche. Je crois aussi qu'il ne faut pas laisser les opérés user trop, ni trop longtemps, des irrigations ; ils entretiennent ainsi, par le passage répété de la canule, la béance d'un orifice qui, spontanément, tend à se fermer.

Je ne puis pas dire par quel processus anatomique guérissent les cavités sinusales ainsi ouvertes et curettées. La rapidité avec laquelle se ferme la plaie buccale et l'étroitesse de l'orifice qui subsiste, comme seul vestige de l'opération, pendant quelques semaines, ne permettent pas d'observer l'évolution cicatricielle. J'ai pu, sur un malade chez lequel j'avais

1. Bertrand de Névrézé, *Considérations sur le traitement des suppurations chroniques du sinus maxillaire*. Th. in Paris 1903, p. 49.

par nécessité pratiqué une large brèche comprenant la fosse canine et le processus alvéolaire et chez lequel s'est produit en quelques mois, du côté sain aussi bien que du côté opéré, une très curieuse résorption du bord avéolaire (résorption des édentés) plus étendue qu'on ne la voit d'habitude après la chute des dents, j'ai pu, dis-je, sur ce malade qui a conservé un large orifice dont je vais pratiquer prochainement l'occlusion chirurgicale, examiner la formation cicatricielle. Il s'est fait, à la surface des parois du sinus, une sorte de production fibreuse qui en a diminué la capacité d'un bon quart au moins. Cette production fibreuse s'est ensuite épidermisée. La fibro-muqueuse gingivale paraît se continuer, sans perdre aucun de ses caractères, dans la cavité réduite de l'antre d'Higmore. Nul suintement ne semble se faire à sa surface. Mais je ne crois pas qu'il soit possible d'induire de ce fait, où la brèche du processus alvéolaire est si large que le sinus paraît un véritable diverticule de la bouche, que toutes les sinusites trépanées par la même voie guérissent par le même processus. Au moins, y a-t-il une question de durée et de degré d'évolution de ce processus qu'il n'est pas possible d'apprécier ; l'occlusion de la plaie gingivale se fait trop rapidement, masquant ce qui se passe par-dessous, pour qu'on puisse appliquer au mécanisme de guérison de ces grandes cavités osseuses en suppuration autre chose qu'une anatomo-pathologie de fantaisie.

*
* *

Telle est, au total, cette opération assez simple, bénigne, efficace, de la cure radicale de la sinusite maxillaire chronique par la voie endo-buccale.

On aura, je pense, quelque peine à croire, après avoir lu ce que j'en viens d'écrire, qu'on ait pu si souvent éditer à son propos tant d'erreurs, et qu'elle soit si complètement méconnue de ceux-là mêmes qui ont mis à la juger le plus d'autorité.

Parmi les reproches qu'on lui a adressés, il en est qui lui

sont communs avec le premier temps de la méthode de Luc ; il en est d'autres qu'elle est seule pour endosser. Les premiers s'adressent proprement au curettage du sinus par la voie buccale ; les seconds s'adressent au caractère permanent de l'ouverture sinuso-buccale.

Des premiers, je ne dirai rien ; s'ils étaient justifiés, on ne pourrait qu'en déplorer l'inéluctable nécessité, puisque j'ai dit que le curettage seul, un curettage méticuleux et radical, pouvait guérir les vieilles sinusites fongueuses ; mais, par bonheur, ils ne le sont pas. L'hémorragie produite par la section des petites artères gingivales et pariéto-canines, de même que l'hémorragie venue de la destruction des vaisseaux de la muqueuse en dégénérescence fongueuse sont, pour quelqu'un qui a quelque habitude de la chirurgie, une chose tout à fait négligeable. Elles gênent l'opérateur et allongent l'opération : c'est tout. Un praticien de l'art dentaire écrit, dans un mémoire que j'ai lu récemment, qu'on peut, en curettant les fongosités du sinus, blesser l'artère maxillaire interne : voilà, sans doute, un accident dont il est à prévoir qu'il n'alourdira pas dans beaucoup de bilans le passif de la méthode.

J'en arrive à ce que j'appelais plus haut le second ordre des reproches adressés à l'opération de Lamorier-Desault, c'est-à-dire à ceux qui, visant la caractéristique de la méthode (la non-suture de la plaie buccale et l'absence de toute ouverture nasale), s'adressent proprement à elle seule.

Lermoyez, dans le beau et consciencieux rapport que j'ai déjà plusieurs fois cité, a dressé et résumé ce procès sous trois chefs d'accusation qu'il me faut ici rapporter :

« 1° *Les pansements nombreux et pénibles* mettent la guérison à un tel prix que bien des malades refuseraient de la tenter s'ils pouvaient d'avance savoir ce qu'elle va leur coûter de peines. Pendant deux ans, c'est un supplice renouvelé chaque jour que l'introduction de la mèche, la cautérisation du sinus et surtout l'incessante et pénible dilatation d'un orifice qui sans cesse tend à se fermer.

» 2° *La situation des malades dans l'intervalle des*

pansements est tout au moins désagréable. Ne pouvant broyer leur nourriture que péniblement avec une seule moitié de leur mâchoire, tandis que le goût et l'odeur des substances médicamenteuses introduites dans la cavité se mêlent à celui des aliments, ils sont, comme le dit spirituellement Luc, condamnés à manger tous les plats à la sauce iodoformée.

» 3° *Une infirmité durable suit la guérison.* Le sinus maxillaire, correctement épidermisé, constitue un diverticule anormal de la bouche, une sorte de garde-manger qui demande des soins de toilette quotidiens et exige tout au moins le port d'un appareil prothétique obturateur. Les boissons peuvent refluer par le nez. La situation n'est guère meilleure que s'il y avait une perforation du palais.

» Tel est, continue Lermoyez, le résultat peu enviable que l'opération radicale classique de la sinusite maxillaire fait espérer au patient, après une suite de pansements pénibles qui ne durent souvent pas moins de deux ans. Et encore la guérison radicale est-elle toujours assurée? Pas le moins du monde. Mieux vaut encore pour le patient garder sa maladie et continuer à suppurer du nez, advienne que pourra. La seule excuse de cette méthode c'est qu'elle n'est pas dangereuse : cela ne l'empêche pas d'être nuisible. »

L'on comprendra sans peine que Lermoyez ait condamné une pareille opération.

Mais telle n'est heureusement pas l'opération de Desault; telle n'est pas, non plus, l'opération que je pratique.

Lorsqu'il avait trépané la fosse canine et ouvert ainsi le sinus maxillaire, Desault n'avait garde de pratiquer dans la cavité béante de celui-ci cette sorte de tamponnement perpétuel auquel s'appliquèrent avec tant de conscience ceux qui, plus tard, répétèrent son opération. Tout simplement, on pratiquait des lavages dans le sinus. Peut-être Desault pensait-il qu'ayant trépané un patient pour le guérir d'une suppuration sinusale, la première chose qu'il eût à faire ensuite n'était pas de lui ordonner un pansement

qui assurât précisément la pérennité de cette suppuration. Et, comme il n'en entretenait pas la béance, la plaie buccale de ses opérés se renfermait. Sans doute, ceux-ci ne guérissaient pas tous, à cette époque où l'on ne pratiquait pas le curettage des fongosités ; sans doute, il y avait des récidives et c'est pour cela que Boyer s'efforça de faire une trépanation qui se cicatrisât moins vite que celle de Desault ; mais c'est une chose curieuse que l'opération de Lamorier ait subi une pareille déformation et qu'après lui tant de chirurgiens et de spécialistes aient été à ce point aveuglés par la crainte de la récidive que, pour se garer de celle-ci, ils aient tout bonnement assuré la continuité de la maladie par un véritable pansement de cautère permanent...

Eh bien ! l'opération de Lamorier-Desault, telle que je la pratique et telle qu'il faut la pratiquer, l'opération rajeunie par le curettage, bien entendu, ne mérite vraiment aucun des reproches dont on l'accable. Même je dois dire que pour tous ceux qui, dans mon service, ont pu suivre les malades, aujourd'hui nombreux, que j'ai opérés, le tableau qu'on fait de ceux-ci et de leurs prétendues misères paraît tout à fait incompréhensible.

Il n'y a ni suppliciante introduction de mèche, ni douloureuse cautérisation du sinus, ni incessante et pénible dilatation d'un orifice ; les patients broient facilement leurs aliments des deux côtés et ne mangent les plats ni à la sauce iodoformée ni à aucune autre sauce pharmaceutique ; ils n'ont point le fameux garde-manger qui les oblige à des soins de toilette permanents et ils n'ont nul appareil obturateur à porter pour fermer ce fameux diverticule de la bouche, qui n'existe pas.

Cette opération est une bonne opération.

SUR LE CHIRURGIEN-DENTISTE MODERNE

Par M. DELAIR,

Professeur suppléant à l'École dentaire de Paris.

(Communication au Congrès de Cherbourg, août 1905.)

Le grand public qui souvent, et pour cause, n'a gardé dès sa prime jeunesse qu'un souvenir plutôt amer du chirurgien-dentiste, ignore combien la profession de ce dernier s'est ennoblie depuis un quart de siècle. Et surtout il ne sait pas combien le chirurgien-dentiste français a contribué, pour une grande part, aux conquêtes scientifiques et techniques qui font aujourd'hui la gloire d'une corporation jadis décriée, honorée maintenant à l'égal de toutes les professions libérales.

Sait-il, ce public, qu'indépendamment des arts, qui sont son domaine absolument particulier, le chirurgien-dentiste est apte aussi à diverses interventions paradentaires? Sait-il que, grâce à son habileté manuelle, il est souvent l'auxiliaire indispensable du chirurgien? Sait-il que, grâce à lui et à ses ingénieuses conceptions, nombre de malheureux mutilés, opérés ou blessés, ne songent plus au suicide, las d'être pour leurs proches un sujet de répulsion et une charge de famille? Ne sait-il pas enfin qu'humain et compatissant aux infirmités humaines il invente et confectionne des pièces délicates permettant à ceux qui ont perdu l'organe de la voix de parler quand même?

Faisons-lui donc connaître un peu ce que fait le chirurgien-dentiste, mais souhaitons pourtant au lecteur de n'avoir jamais à profiter, pour lui-même, de cette ingéniosité et de ces capacités.

Rien qu'en France, il naît chaque année environ quatre mille petits êtres sans voile du palais et, sur ce nombre, douze cents environ viennent au monde la lèvre supérieure fendue à droite ou à gauche et souvent des deux côtés à la fois (bec-de-lièvre, gueule-de-loup). Dans le premier cas, l'enfant ne

peut bien accomplir instinctivement l'acte de la succion pour téter sa mère, il y arrive avec peine en comprimant le sein entre le plancher de sa bouche et le dessous de sa langue. Dans le second cas, la tétée lui est presque impossible, la solution de continuité de sa lèvre lui empêchant de produire le vide ; il doit être alors alimenté au biberon ou à la cuiller. A force de soins maternels, les plus robustes survivent, résistant aux nombreuses maladies qui assaillent les nouveau-nés et les jeunes enfants. Mais ils succombent en nombre effrayant à l'entérite infantile due à l'infection provoquée, dans les fosses nasales, par le séjour et la fermentation du lait absorbé et aussi des vomissures.

Quatre-vingt pour cent meurent avant l'évolution complète de leurs dents temporaires. Un peu plus de quatre cents seulement arrivent à l'âge adulte.

Depuis A. Paré qui, le premier (1580), s'occupa de leur apporter du soulagement par la prothèse, nombreux ont été ceux qui ont cherché à rendre aux fissurés la vie plus douce en leur permettant de parler sans ce nasonnement particulier, si désagréable et parfois si incompréhensible, qui caractérise leur infirmité.

Américains, Anglais, Allemands, Italiens, Français ont rivalisé d'habileté, d'ingéniosité pour arriver à ce résultat, et aujourd'hui, après de patientes observations, le chirurgien-dentiste peut, par l'application d'un appareil intra-buccal, rendre la parole intelligible, dans tous les cas, et à l'occasion d'un genre quelconque de fissure du voile ou de perforation. Mais sa victoire ne lui a pas semblé assez complète et il a voulu étendre encore les bienfaits de sa conquête ; il a combiné un appareil pouvant s'adapter aux enfants, appareil fixé aux dents caduques et s'élargissant automatiquement au fur et à mesure de la croissance de l'enfant, et par conséquent de l'agrandissement de la bouche. Ainsi, dès l'enfance, la parole normale est acquise sans une éducation spéciale indispensable à l'adulte.

Mais, dans cette voie-là ne s'arrête pas l'ambition du chirurgien-dentiste. S'il a pu vaincre mécaniquement, dans

le but d'améliorer la phonation, les difformités inhérentes à la conformation anormale d'un des organes accessoires de la parole, il a pensé que son œuvre pourrait être encore plus belle. Et après maintes tentatives minutieuses il a pu permettre aux nouveau-nés fissurés, grâce à l'application d'un tronçon de lèvre et d'un voile artificiels, non seulement de téter normalement, mais encore d'ingérer le lait maternel directement dans le tube œsophagien et cela sans séjour ni passage préalables dans les fosses nasales. Et quelque osée que paraisse l'application d'une telle prothèse, le chirurgien-dentiste l'accomplit sur ce petit être, avec autant de facilité que l'orthopédiste place un petit bandage.

Outre les dents qu'il remplace couramment par des pièces dentaires d'esthétique ou de mastication, le chirurgien-dentiste a souvent occasion d'intervenir et de restaurer un organe quelconque à la suite de traumatismes ou d'opérations. D'abord la langue ; s'il ne peut donner à cet organe la contractilité qui lui permet, en diminuant ou augmentant de volume, d'aider à la production des sons articulés et par conséquent de la parole, du moins peut-il lui imprimer une mobilité suffisante pour faciliter la déglutition et la phonation. Il peut aussi, et cela très souvent, soit immédiatement au cours de l'opération, soit quelque temps après, remplacer non seulement une partie des mâchoires, mais encore la totalité, conservant ainsi la fonction de la mastication, évitant par ce fait les affreuses mutilations et déformations de la face, si affligeantes pour ceux qui les subissent. Ainsi le chirurgien civil ou militaire détruit pour guérir et le dentiste reconstitue. C'est à un dentiste français, Claude Martin, que la science et l'humanité doivent cette conquête et c'est à lui qu'elles en seront à jamais reconnaissantes. Il a, le premier, montré aux dentistes une voie nouvelle et dans cette voie beaucoup déjà l'ont suivi et combien le suivent encore.

C'est encore au dentiste que celui auquel a dû être enlevé le larynx doit de pouvoir parler quand même. Et si les Allemands ont eu les premiers l'idée d'appliquer à des laryngectomisés des larynx artificiels rudimentaires, c'est à

des dentistes français que la science doit le perfectionnement de ces pièces délicates et leur fonctionnement parfait. Le laryngectomisé est privé par le chirurgien de l'organe producteur du son, c'est-à-dire du larynx et, par conséquent, des cordes vocales qui constituent la glotte ; mais il a conservé le jeu de ses poumons et par suite le souffle aphone. C'est ce souffle qu'utilise le chirurgien-dentiste pour faire, dans le cas de prothèse immédiate, vibrer une anche intra-tégumentaire, introduite par la bouche à la place du larynx ; ou bien, dans un autre cas, la colonne d'air expiré fait entrer en résonance une glotte artificielle de caoutchouc mou, adaptée sur un appareil intra-buccal, même longtemps après l'opération et sans opération. Dans l'un et l'autre cas le laryngectomisé mange et boit, avec son appareil, et il parle.

Le dentiste peut donc rendre à un muet accidentel un des biens les plus précieux : la parole.

Multiples aussi sont ses interventions dans les cas de fractures des mâchoires ; il sait exécuter vite des appareils spéciaux apportant au blessé un soulagement immédiat, une guérison plus rapide. Dans ce cas encore, on peut affirmer que seul il excelle à seconder le médecin.

Bien que non sanglantes, ses applications d'appareils ingénieux et spéciaux sur les dents et les mâchoires des enfants, en vue de leur redressement ou de leur élargissement, n'en sont pas moins des plus utiles, au point de vue non seulement de l'esthétique, mais aussi de la santé en général. Et en cette science, l'orthodontie, le dentiste français ne le cède certes en rien à celui du Nouveau Monde. Ainsi donc, sans lui encore, tel gracieux visage de jeune fille ne serait qu'incorrect comme ligne, que disgracieux comme ensemble.

Puis, sortant de son domaine, que ne tente-t-il pas de remplacer ? Le nez, les lèvres, les joues, le menton, les oreilles, séparément ou réunis en des appareils combinés masquant de hideuses destructions traumatiques ou post-opératoires et permettant encore à bien des malheureux de

se mêler quand même à leurs camarades d'atelier et par conséquent de gagner leur vie. Le plus souvent, c'est en utilisant un appareil dentaire comme base que le dentiste, y prenant sur lui un point d'appui et y ajoutant tel ou tel mécanisme spécial dissimulé en arrière du masque, peut agrafer automatiquement la pièce de restauration, qu'un artiste peindra ensuite. Et en ce genre de reconstitutions spéciales c'est, depuis quarante ans, des dentistes français presque seuls que viennent les plus notables perfectionnements.

Et ce n'est point tout encore. Lorsque le chirurgien se trouve en présence d'une fracture non consolidée d'un tibia, d'un radius, c'est à l'habileté manuelle du dentiste qu'il fait appel. Il incise largement le membre mettant à nu les deux fragments non ressoudés, et le dentiste, perforant ceux-ci de part en part, les traverse et les rapproche par de minuscules boulons de platine et assure ainsi leur consolidation parfaite.

Parfois même le chirurgien, osant plus encore, résèque une partie quelconque d'un membre, un humérus par exemple, et le dentiste adapte à la place une portion assez étendue de membre artificiel, et le bras peut ne pas être amputé.

Pourvu que le chirurgien s'attaque aux tissus osseux, le dentiste peut lui prêter son concours. Le premier est-il obligé d'enlever l'os frontal ? Le dentiste martèle, ajuste et agrafe une plaque d'or à la place, empêchant ainsi la peau de s'enfoncer et d'enlaidir à jamais celui que le chirurgien a sauvé de la mort. Puis, encouragé par ce succès confirmé par plusieurs années d'observations, le chirurgien n'hésite pas à confier au dentiste la reconstitution plus étendue d'une portion du frontal, du temporal et du pariétal à la fois. Dans ce cas, la plaque d'or est ajustée et fixée par le dentiste, directement en conctact avec la dure-mère, à la place de la cloison osseuse trépanée par le chirurgien ; celui-ci recouvre ensuite la plaque avec la peau qu'il suture et bientôt, la cicatrisation opérée, le malade au crâne raccommodé peut reprendre sa profession.

Blessés du travail, mutilés de la guerre ou opérés, avariés, à tous le chirurgien-dentiste moderne peut apporter du

soulagement. Et la confiance accordée généralement aux dentistes instruits d'aujourd'hui par les médecins et chirurgiens civils et militaires ne peut qu'encourager désormais les uns et les autres à faire plus et mieux encore, ce qui ne peut manquer de se réaliser pour cette grande œuvre chère à tous : le soulagement de l'humanité ; et cette œuvre élevée fait de jour en jour cesser davantage entre chirurgiens-dentistes et docteurs-dentistes certains dissentiments si préjudiciables à tous. L'art dentaire moderne se divise en effet aujourd'hui en assez de spécialités pour que médecins, opérateurs, anesthésistes et prothésistes y trouvent tous matière à travail et à satisfaction.

Voilà ce que le grand public ne savait pas, voilà ce qu'il devait savoir et qu'il sait aujourd'hui.

INVENTIONS ET PERFECTIONNEMENTS

APPAREIL A AIR CHAUD. INJECTEUR ET BRULEUR DE CABINET COMBINÉS

Par F. Poteau, D. F. M. P., de Laval.

(Communication à la Société d'odontologie, séance du 17 octobre 1905.)

Depuis longtemps j'ai été frappé des incommodités de la poire à air chaud, telles que : obligation de tenir la poire au-dessus de la flamme, d'où fatigue et perte de temps; déviation du bec de la canule pendant les mouvements de la main et danger de brûler les lèvres et la langue du patient, etc.

L'installation d'air comprimé étant assez coûteuse, j'ai cherché un appareil à la portée de tout le monde et qui puisse fonctionner aussi bien avec l'air comprimé qu'avec une soufflerie.

Cet appareil se compose :

1° D'un *brûleur-support* (A. fig. 1) se fixant à toutes les tablettes au moyen de deux vis.

Ce brûleur sert à chauffer la canule de l'injecteur, mais peut servir aussi à tous les usages du cabinet ; il supprime, par conséquent la lampe à alcool ou à gaz posée habituellement sur la tablette. De cette façon, celle-ci reste entièrement libre pour déposer les instruments.

Les vis se placent sous la tablette et ne la détériorent en aucune façon.

Le tube du brûleur (1) est muni à sa partie inférieure d'un renflement destiné à recevoir un tube de caoutchouc de 8 millimètres de diamètre pour l'arrivée du gaz. Il supporte dans son tiers supérieur une bague (2) sur laquelle est soudé un double crochet (2^1 2^2) qui sert à maintenir la canule.

La petite tablette du support (3) porte à sa partie antérieure une agrafe où s'accroche l'injecteur.

2° *L'injecteur* (B) se compose d'un corps en métal recouvert d'une enveloppe en ébonite (4) et d'une canule (5). Entre le corps et la canule se trouve un crochet (6) s'engageant dans l'agrafe du support.

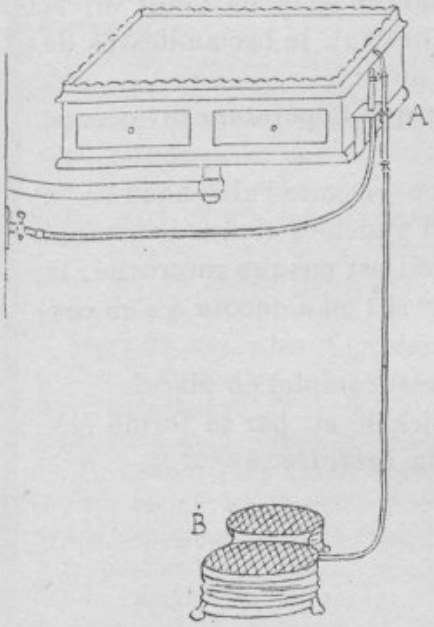


Fig. 1.

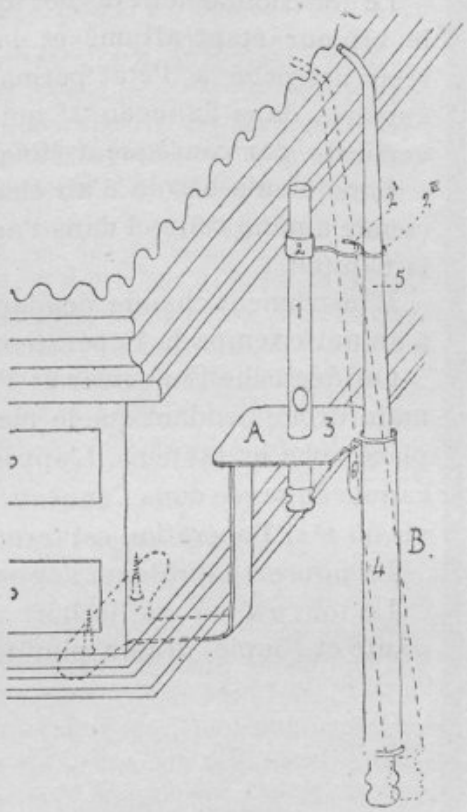


Fig. 2.

A l'extrémité inférieure du corps de l'injecteur se fixe un tube de caoutchouc de 8 millimètres de diamètre reliant l'appareil à une soufflerie placée sous le fauteuil et que l'on actionne avec le pied. Toute soufflerie peut convenir, mais je recommande spécialement le double soufflet de Standing (B, fig. 2) sans le ballon réservoir. Celui-ci n'est pas nécessaire, car le double soufflet actionné un peu vivement donne un jet presque continu et bien suffisant. (On trouve ce soufflet chez tous les fournisseurs.)

La simple soufflerie à main peut être également employée, celle-ci étant actionnée par le patient ou par un aide.

Les dentistes employant l'air comprimé peuvent brancher le caoutchouc directement sur le robinet d'arrivée.

Le fonctionnement de cet appareil est des plus simples : le brûleur étant allumé et la flamme réglée, l'injecteur reste accroché à l'état permanent au support, la canule engagée dans l'anneau 2^2 qui la retient dans la position verticale, par conséquent éloignée de la flamme.

Lorsqu'on a besoin d'air chaud, un coup de doigt sur la canule amène celle-ci dans l'anneau 2^1, le bec au-dessus de la flamme.

L'instrument chauffe pendant que l'opérateur est occupé à un autre temps de l'opération.

On décroche l'injecteur et l'on projette l'air chaud de la main droite pendant que le pied gauche actionne le soufflet placé sous le fauteuil. L'appareil est ensuite raccroché, la canule engagée dans l'anneau 2^1 si l'on a encore à s'en servir ou 2^2 si l'opération est terminée.

La figure 2 représente l'appareil complet en place.

Le tout est en maillechort nickelé et, par sa forme élégante et simple, ornera plutôt la *tablette*.

Nécrologie.

PIERRE ROY

Notre rédacteur en chef vient d'être cruellement frappé dans ses plus chères affections, par la mort de son frère, le Dr Pierre Roy, médecin adjoint des asiles. Bien que n'appartenant pas à notre profession, Pierre Roy était connu de beaucoup d'entre nous, et la Rédaction de *L'Odontologie* tient à rendre à sa mémoire un suprême hommage.

Aux obsèques de notre regretté ami, le professeur Joffroy a rappelé son passé, court, hélas — Pierre Roy meurt dans sa 31e année, — mais si fécond, qu'il était le gage certain d'un avenir brillant. Successivement interne des asiles, interne des hôpitaux, chef de clinique des maladies mentales, médecin adjoint des asiles, il s'apprêtait à gravir sans efforts, sans intrigues, grâce à son seul mérite, les derniers échelons de la hiérarchie médicale, quand la mort est venue l'enlever, au milieu des siens, dans la petite maison familiale de Créteil.

Attiré de bonne heure par les études neurologiques, Pierre Roy, en dehors de nombreuses communications, avait publié, avec G. Deny, un ouvrage sur *la démence précoce,* et sa thèse de doctorat sur *le gigantisme* avait été très remarquée. En 1904, il donna, avec P.-E. Launois, ses *Etudes biologiques sur les géants,* qui lui valurent le *Prix Herpin* à l'Académie de médecine, le *Prix Monthyon* à l'Académie des sciences, et le *Prix Broca* à la Société d'anthropologie. Tout récemment, au Congrès des aliénistes, tenu à Rennes, il avait fait du rapport sur l'*hypochondrie*, dont il avait été chargé, un ouvrage important, qui avait achevé de mettre en relief toute sa valeur.

Qu'il nous soit permis, en terminant, de dire quel excellent camarade nous perdons en Pierre Roy. C'était un esprit essentiellement cultivé, accessible à toutes les idées généreuses, plein de droiture. C'était un ami sûr.

La Rédaction de *L'Odontologie* prie sa famille d'agréer l'assurance de sa sympathie. Si la douleur d'une telle perte pouvait être atténuée, elle le serait par l'unanimité et la sincérité des regrets, qui se sont manifestés à la mort de Pierre Roy.

HENRI DREYFUS.

NOUVELLES

École dentaire de Paris.

La séance de réouverture des cours et de distribution des récompenses de l'Ecole dentaire de Paris aura, cette année, un caractère exclusivement scientifique. Elle aura lieu le mercredi 15 novembre, à l'Ecole même, à 8 heures 1/2 du soir, et sera présidée par M. Dubief, ministre du Commerce et de l'Industrie, assisté de M. Paul Navarre, conseiller municipal, ancien président du Conseil municipal de Paris.

Une conférence y sera faite par M. le professeur Sebileau.

Société coopérative des Dentistes de France.

Nous apprenons avec plaisir que le Jury international de l'Exposition de Liège vient de décerner à la Société coopérative des Dentistes de France une médaille d'argent pour l'ensemble de son exposition de la classe 103 (Economie sociale).

Association générale des Dentistes de France.

L'Association générale des Dentistes de France se réunira en assemblée générale en janvier 1906.

Le bureau prie les membres de l'Association qui auraient des propositions à faire, de vouloir bien les formuler dès maintenant afin qu'après examen le bureau puisse les soumettre au Conseil d'administration, qui sera convoqué en décembre.

Adresser les correspondances à M. Hugot, secrétaire général, 44, avenue de Wagram, Paris-8e, qui se tiendra dorénavant à la disposition des personnes qui pourraient le désirer tous les vendredis, de 11 heures à midi, à l'Ecole dentaire de Paris.

Mariage.

Nous apprenons le mariage de M. Georges Degouys, chirurgien-dentiste à Bar-le-Duc, avec Mlle Blanche Beyl.

La cérémonie a eu lieu le 11 novembre. Nos félicitations aux jeunes époux.

Erratum.

Par suite d'un oubli commis à l'imprimerie la petite note suivante a été omise p. 320 à la suite de l'article de M. Amoedo sur les *Tumeurs des maxillaires* que nous avons publié dans notre numéro du 15 octobre :

Nota. — Les figures illustrant ce travail, me furent communiquées par mes vénérés maîtres de l'Ecole dentaire de New-York, les Professeurs Heistzmann et F. Abbott, à la mémoire desquels j'adresse ici l'expression de ma vive gratitude et de mon admiration.

PETITES ANNONCES

3 fois..... 8 francs | 12 fois (6 mois)..... 25 francs
6 » (3 mois)..... 15 — | 24 fois (1 an)..... 45 —
— *la case simple* —

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 CROÈS**
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

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 1re 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.

LABORATOIRE DE PROTHÈSE DENTAIRE
Jules DELPEUT — **Maison fondée en 1898**
34, rue de Constantinople, PARIS-VIIIe

P. DENNINGER
47, rue des Batignolles, 47
PARIS
PROTHÈSE à FAÇON
Fournitures générales pour dentistes.
Spécialité de pièces en or et BRIDGE-WORK

Grand Laboratoire international de Prothèse dentaire
20, rue de la Chaussée-d'Antin. — **Tél. 276-81**
SERVICES SPÉCIAUX et RAPIDES
pour les **Départements** et l'**Étranger**

LABORATOIRE DE PROTHÈSE A FAÇON
Ernest FOURNIER — **Travaux soignés**
78, rue Turbigo, PARIS

LABORATOIRE SPÉCIAL DE PROTHÈSE
B. PLATSCHICK
SERVICE TRÈS RAPIDE pour la PROVINCE
3 RUE VENTADOUR PARIS
222-82. Téléphone, 222-82.

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 Cie, 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.

Les Nouveaux Meubles aseptiques

DE

L. DEGLAIN, Créateur et Fabricant

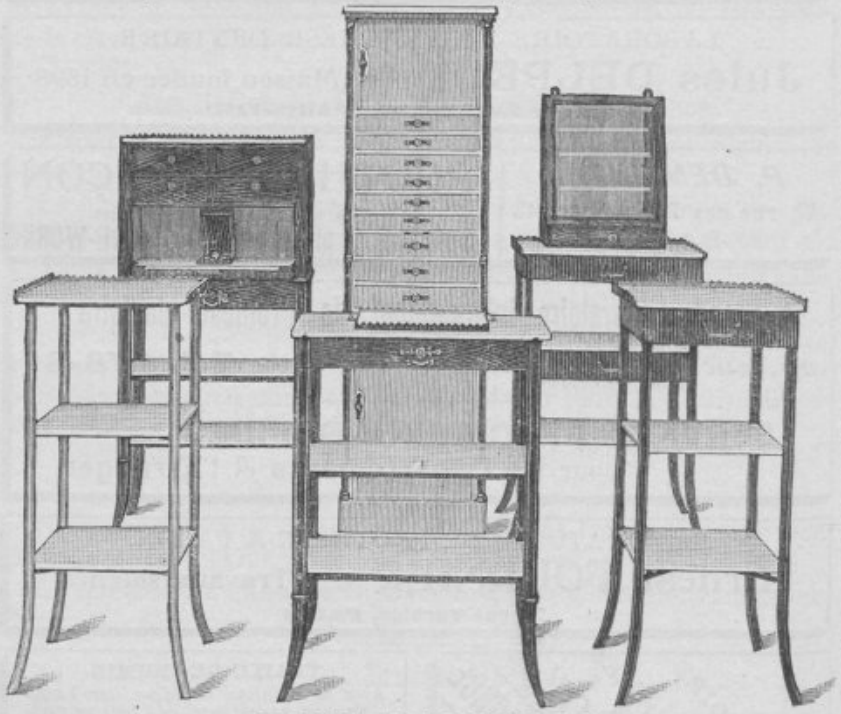
88 et 92, Quai de Jemmapes, PARIS, X^e

à 3 minutes de la Place de la République, 0^bus Station VALMY

Construction partie métallique et partie en Opaline, *brevetée S. G. D. G.* **MEUBLES pratiques** adoptés aujourd'hui dans toutes les installations où l'on désire un aspect toujours propre et sérieux, ***Digne de la profession médicale.***

Ils plaisent à toutes les personnes qui peuvent les voir en nature, les gravures ne les avantagent nullement et ne peuvent en donner qu'un aperçu.

Des références sérieuses sont à la disposition des praticiens qui ne peuvent venir s'en rendre compte en personne.



GROUPE DE MEUBLES

LAVABO tout métallique et opaline

Meuble d'aspect toujours propre

Cuvettes en faïence, blanches et décorées, de toutes formes, avec ou sans dossier en opaline, pour lavabos à eau courante. — **Tonnelets** en verre et **Consoles** en tous genres. — **Vitrines** de chirurgie en cuivre nickelé, ou en fer verni.

EXÉCUTION DES MEUBLES LES PLUS RICHES EN CE GENRE,
OPALINE, VERRES SPÉCIAUX ET DÉCORATIFS, GLACES, ETC.

25e ANNÉE. N° 22 30 NOVEMBRE 1905 VOL. XXXIV

L'ODONTOLOGIE

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

TRAVAUX ORIGINAUX

DE LA RÉALITÉ DES ACCIDENTS DE LA PREMIÈRE DENTITION

(Observations cliniques)

Par L. THEUVENY,

Ancien interne des hôpitaux de Paris.

(Communication à la Société d'Odontologie de Paris.)

Ayant eu, depuis plusieurs années, l'occasion d'observer par moi-même, dans les diverses Maternités de Paris et dans la clientèle extra-hospitalière, l'évolution clinique de la première dentition, j'ai songé à réunir les observations que j'ai pu recueillir d'une façon exacte dans ces derniers six mois.

La pensée de synthétiser tous ces documents cliniques m'avait été inspirée déjà depuis longtemps par la connaissance de toutes les anciennes discussions concernant « *les accidents de la dentition* ». En opposition à toutes les idées presque toujours théoriques, et souvent aussi involontairement combatives des divers auteurs, j'ai tenu à apporter des faits purement cliniques qui puissent éclairer d'une façon nouvelle et impartiale une question si controversée.

J'avais déjà préparé un travail à ce sujet, lorsque j'ai eu connaissance de la communication de M. Frey, au Con-

grès d'Odontologie de Cherbourg en 1905. Cette communication nettement ordonnée, presque toute théorique, séparait avec raison le gros chapitre de la première dentition en deux parties toutes différentes, et donnait de l'influence dentaire une idée toute spéciale. Quelque temps après, paraissait dans *L'Odontologie* la réponse précise et rigoureuse que M. Roy avait esquissée au même Congrès de Cherbourg.

A ces deux dernières opinions, si nettement exprimées et d'une compétence indiscutable, je n'ai pas hésité à adjoindre l'appui toujours considérable que peuvent apporter des faits précis. Il ne s'agit donc point ici de faits embryologiques, anatomiques, anatomo-pathologiques ou thérapeutiques que je ne puis ni ne veux envisager, n'ayant aucune compétence particulière en art dentaire.

De plus, je ne veux pas refaire l'historique complet de toutes les opinions émises au sujet des accidents de l'éruption des dents temporaires, ne voulant qu'essayer de tirer des conclusions de faits cliniques purs.

ORIGINE DES OBSERVATIONS. — Les plus nombreuses et les plus détaillées des observations ont été prises, grâce à l'autorisation de deux de mes maîtres, Accoucheurs des hôpitaux, MM. Porak et Macé, dans le service de la Maternité, boulevard de Port-Royal. Parmi elles, *les unes* concernent les enfants de nourrices chargées de s'occuper des enfants débiles : la courbe de leurs enfants en est prise régulièrement tous les huit jours, et l'apparition des dents, de même que l'évolution générale, sont étudiées chaque jour ; les *autres* ont trait à des enfants de femmes accouchées à la Maternité, enfants, qui, par ordre, sont ramenés tous les huit jours à la consultation : ces enfants sont pesés chaque fois, et les mères longuement interrogées sur tout ce qui s'est passé dans l'intervalle. Ces deux genres d'observations ont permis d'établir des courbes qui synthétisent chacun des faits. Enfin parmi les *dernières* observations, les premières proviennent d'enfants d'une crèche de Paris, où, comme médecin, j'ai pu interroger moi-même les mères au

sujet de l'évolution des dents ; les secondes viennent de la clientèle de ville où les enfants ont été suivis d'une façon régulière et sérieuse.

Telle est l'origine de ces faits cliniques.

On peut les diviser en trois catégories différentes, dont les deux premières se touchent de très près.

DIVISION DES OBSERVATIONS. — A. La *première* comprend tous les cas (*de quelque origine qu'ils soient*), qui concernent les enfants n'ayant eu, à AUCUN MOMENT DE LEUR PREMIÈRE DENTITION, D'ACCIDENT QUELCONQUE. Parmi eux, les *uns* ont leur courbe de poids régulièrement observée ; ils comprennent, comme tous les autres cas du reste, des enfants nourris au sein, à l'allaitement mixte et à l'allaitement artificiel ; les *autres* n'ont pas de courbe, mais ont été suivis et notés d'une façon rigoureuse et classés de la même façon au point de vue de l'allaitement.

B. La *deuxième* catégorie est très proche de la première, puisqu'elle comprend aussi des enfants qui, de même que les précédents, n'ont jamais eu d'incident, mais qui ont eu, à l'apparition de quelques-unes de leurs dents, un léger arrêt ou une légère diminution dans leur poids. Cette catégorie comporte également la division en allaitements différents.

C. La *troisième* enfin ne comprend que trois incidents, l'un avec une courbe de poids, les autres avec observations précises.

POURCENTAGE. — Ces trois catégories réunies comptent *79 observations :*

Séparées : la *première* en contient...	*59* =	77,63 o/o.
la *seconde*.....	*17* =	18,27 o/o.
la *troisième*.....	*3* =	4,1 o/o.

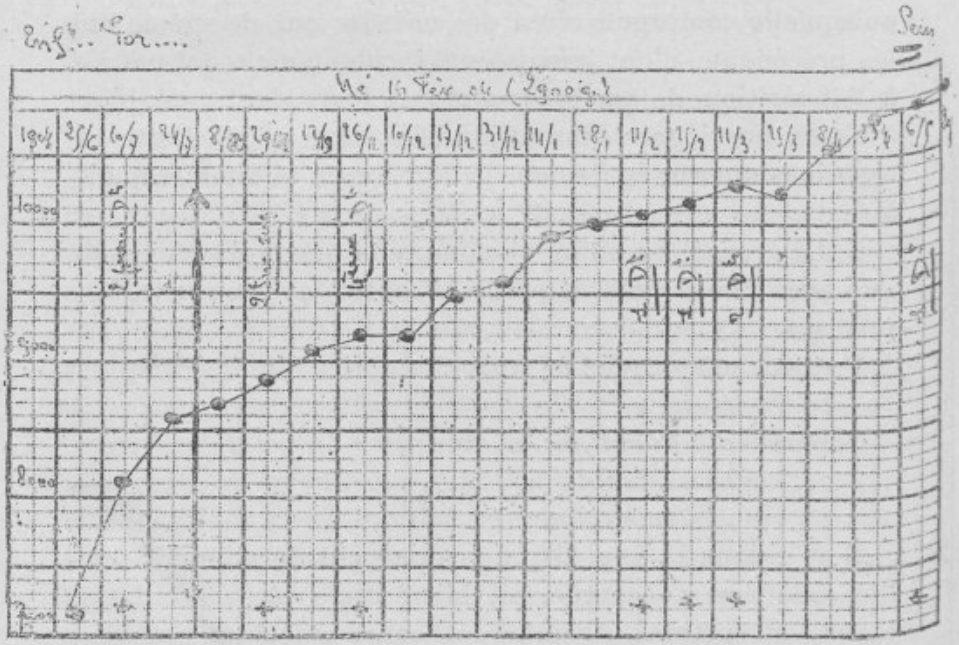
Il y a donc là une disproportion considérable. Et cette disproportion s'accentue, si, laissant de côté l'oscillation légère et surtout variable des courbes, on ne considère que les accidents locaux ou généraux. Or dans les deux premières catégories il ne s'en est présenté *aucun, si léger soit-il.*

Il ne s'agit plus alors de 59 cas, de 17 et de 3, mais de *76 cas,* sans aucun retentissement sur l'état sanitaire de l'enfant, contre *3 cas,* où des incidents variables se sont montrés.

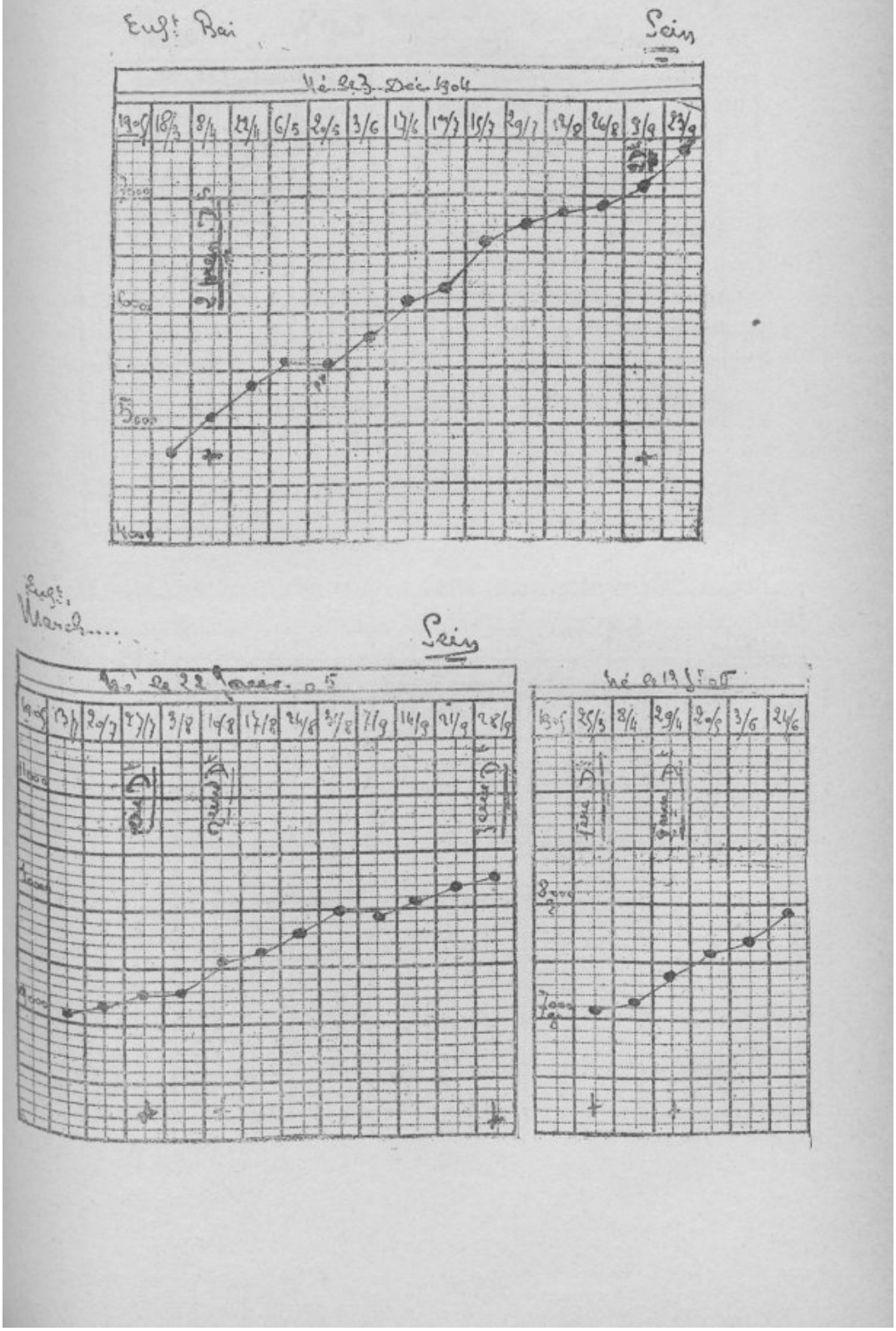
Et le pourcentage en arrive à la proportion suivante : *95,90 o/o* pour les éruptions dentaires sans incidents contre 4,1 o/o pour celles qui en ont présenté.

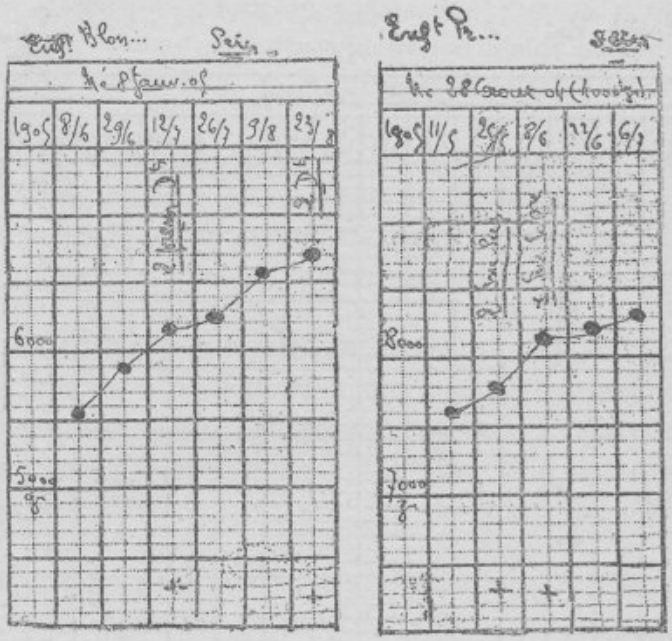
TRACÉS. — Ne pouvant publier toutes les courbes que j'ai recueillies et rangées par ordre et par catégorie, je n'en fais représenter ici que quelques-unes prises au hasard (6 d'allaitement simple, 2 d'allaitement mixte, 1 d'allaitement artificiel) dans la première catégorie ; 3 au sein, 1 mixte, 1 artificielle dans la deuxième, et la seule qui existe de la troisième[1].

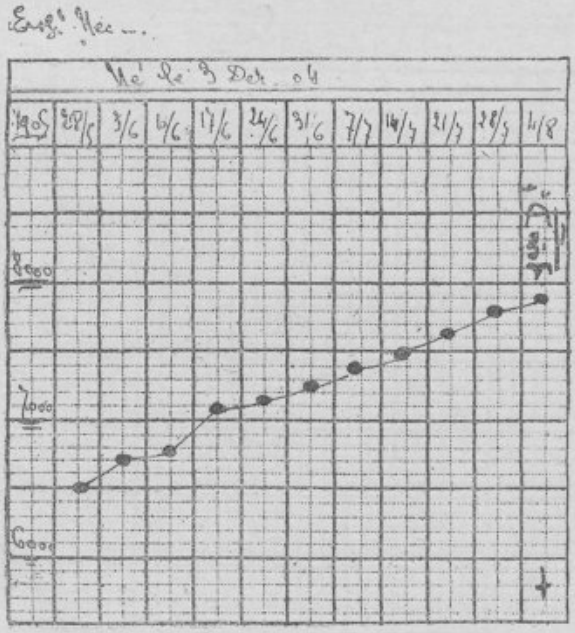
I. — *Courbes régulières sans incidents de dentition.*

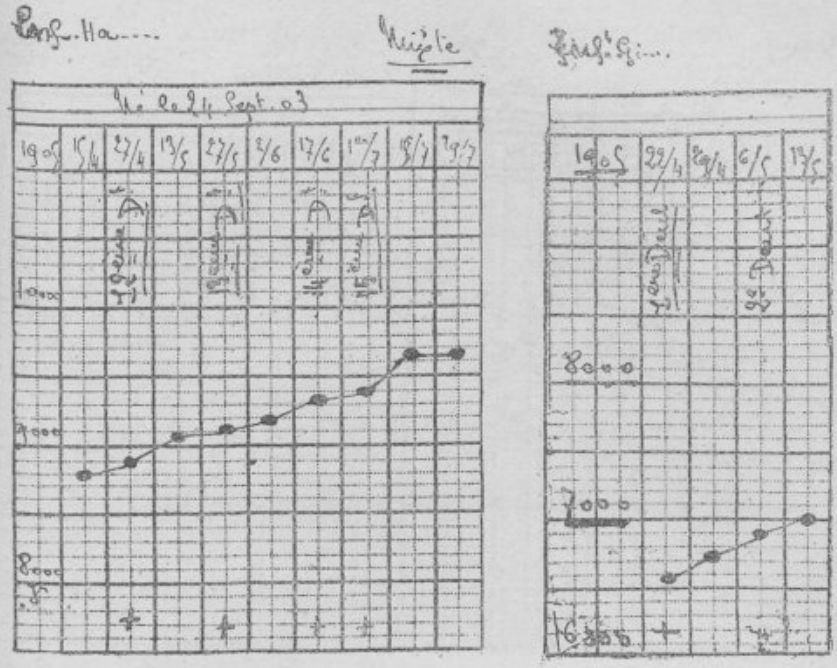


1. Tous ces faits cliniques ont été réunis en deux tableaux, qui ont été présentés le 17 octobre à la séance de la Société d'Odontologie.

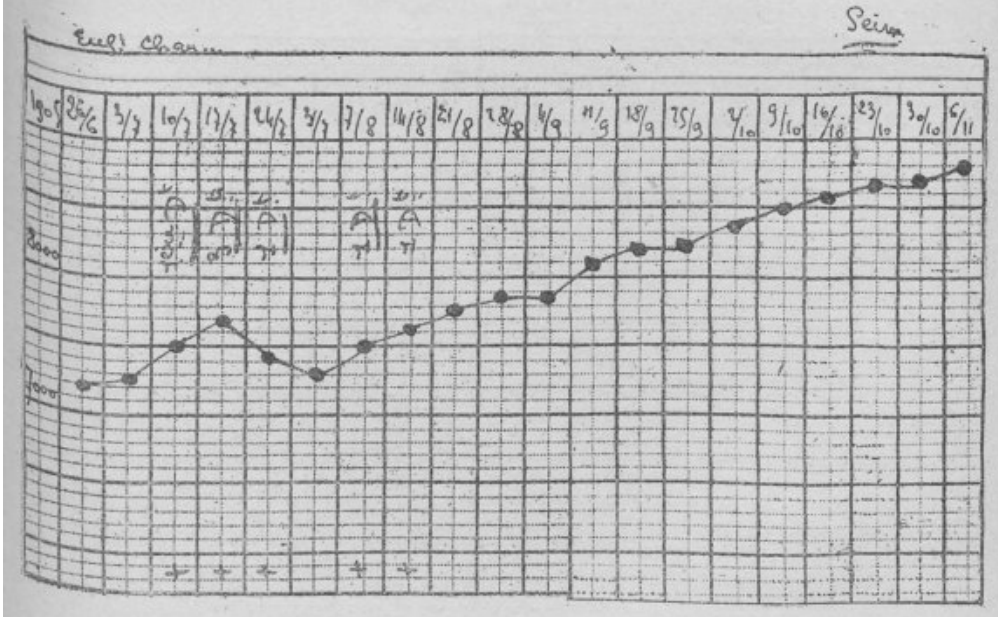

Sein
Sein

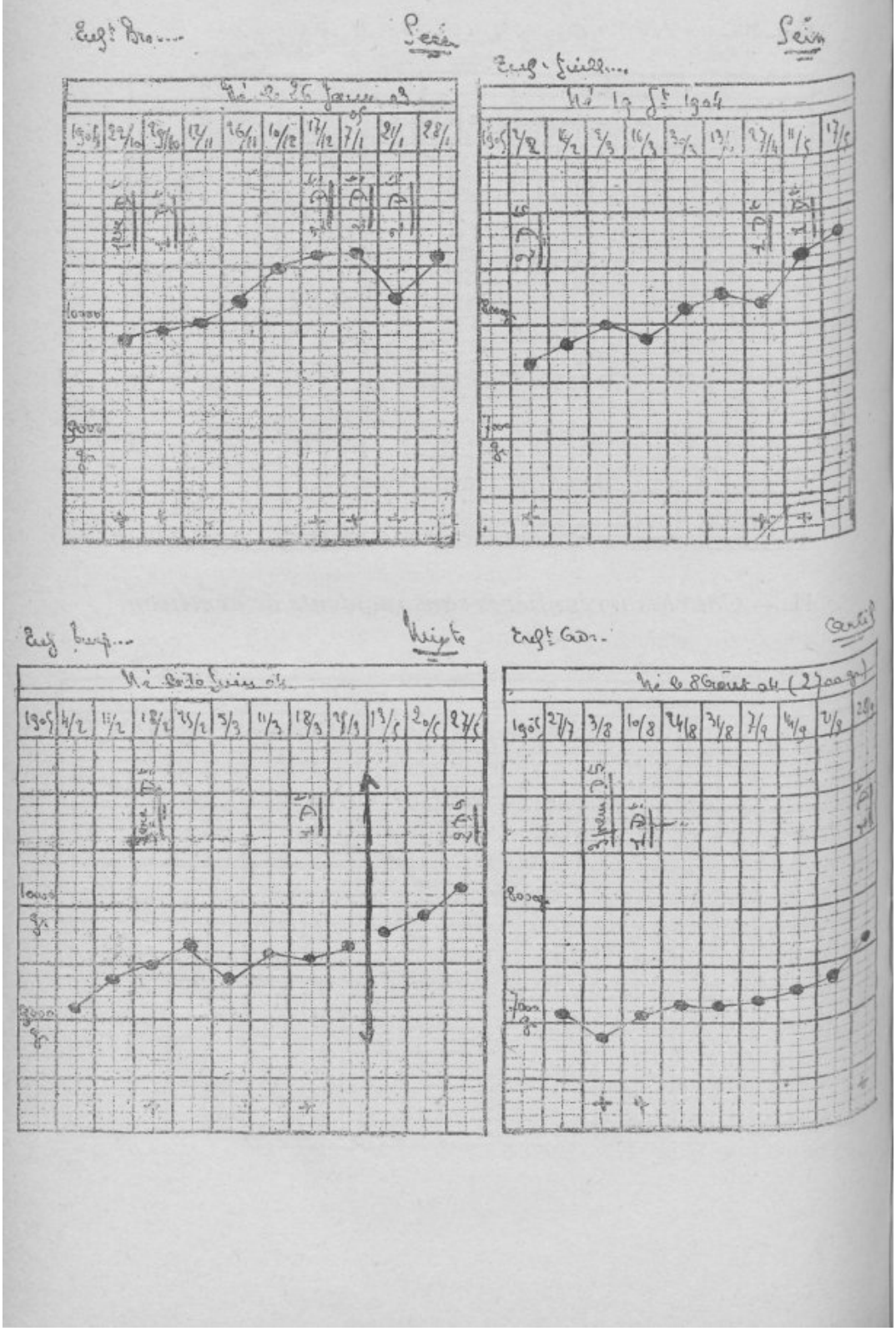




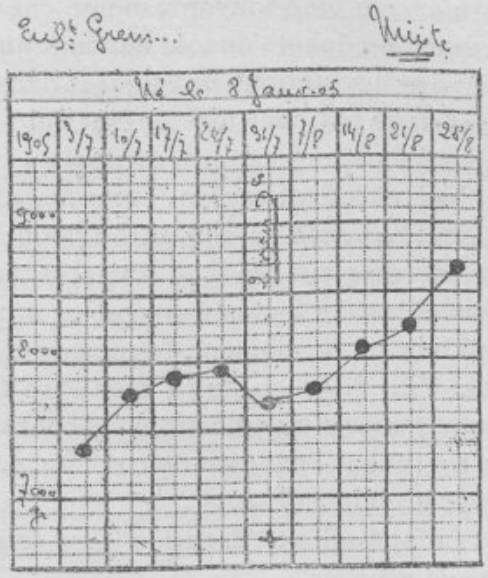


II. — *Courbes irrégulières sans incidents de dentition.*




Peau
Sein
Haleine
Cœur

III. — *Courbe avec incidents de dentition.*



Tels sont les résultats brutaux obtenus.

MILIEUX. — Il est bon de faire remarquer que ces observations concernent des enfants *de milieux très différents,* puisque les uns sont des enfants d'ouvriers amenés par leurs mères à la consultation hospitalière, et pour lesquels la surveillance et les soins, et surtout la réglementation de l'allaitement, sont presque toujours insuffisants ou négligés ; puisque, parmi les autres, les plus nombreux, sont des enfants de la crèche dont les parents s'occupent peut-être encore moins, sauf toutefois à leur retour à la maison, et le plus souvent alors pour les dérégler, les gaver sans réflexion de lait ou de potages inutiles. *Par contre,* les moins nombreux sont, ou des enfants de nourrices très surveillés au point de vue alimentaire, ou des enfants d'une condition sociale plus élevée, et qui ont été eux aussi très bien suivis et d'une façon très rigoureuse.

Cette diversité de milieux, cherchée du reste, rend les résultats d'une exactitude absolue, et permet de donner aux moyennes toute leur valeur.

DISCUSSION DES FAITS. — I° Au sujet des courbes régulières, sans fluctuation au moment des éruptions dentaires, je tiens à affirmer que bien souvent, même chez les enfants les mieux portants, en dehors de tout incident quel qu'il soit, on peut trouver des fluctuations passagères dans le tracé des poids. Il ne faut donc pas chez tout enfant qui « vers le moment de l'apparition de ses premières dents » présente une variation peu importante et rapide, et *sans cause visible,* attribuer aux dents *à venir* un rôle pathogénique. Il ne faut donc par suite attacher que très peu d'importance aux diminutions peu sensibles, ou à plus forte raison aux arrêts partiels qui se produisent au moment des poussées dentaires, à *condition absolue bien entendu* qu'aucun fait pathologique n'accompagne ces modifications de courbe.

De plus, en reprenant l'examen de ces courbes régulières, il faut constater les faits suivants :

Sur les *59* enfants dont l'éruption s'est faite régulière, sans incidents de courbes,

37 ont été élevés au *sein maternel.*

11 à l'*allaitement mixte* (c'est-à-dire sein maternel et lait stérilisé).

11 à l'allaitement *artificiel :* donc 62.71 o/o contre deux fois 1.69 o/o.

Or, si l'on compare ces renseignements avec les *14* cas de *courbes irrégulières sans incidents,* on trouve pour ceux-ci :

7 allaitements au *sein.*
3 allaitements *mixtes.*
mais *4* allaitements *artificiels.* } c'est-à-dire la moitié des cas.

La proportion pour le genre d'allaitement change donc beaucoup.

Et pour les *3* cas « d'*incidents de dentition* », il existe :

1 allaitement au *sein.*
1 allaitement *mixte.*
1 allaitement *artificiel.* } c'est-à-dire 1/3 des cas.

Donc, toutes proportions gardées, il est facile de voir que dans la première catégorie et même dans la seconde, le

nombre des enfants élevés au sein sans incidents (surtout dans la première) est beaucoup plus considérable que celui des enfants alimentés d'autre façon. Ceci revient à dire que les fluctuations de courbes et les incidents se montreront d'autant plus facilement que l'enfant aura été nourri autrement qu'au sein. Donc, si l'on veut avoir une courbe idéale, une augmentation la plus parfaite, et surtout un enfant n'ayant aucun incident, c'est à l'allaitement au sein qu'il faudra avoir recours. Voici donc, en passant, une preuve absolue de la valeur et de la nécessité de ce genre d'alimentation.

Dans ce même ensemble d'évolution régulière, 3 cas méritent d'être signalés :

1° Un enfant a été élevé au sein, sans aucun incident, par une mère atteinte d'une affection cardiaque intense ;

2° Une femme, de la clientèle extra-hospitalière, a pu élever au sein, dans des conditions très mauvaises, ses neuf enfants. Cette femme, petite, rachitique, atteinte de luxation congénitale de la hanche, et de plus dans une misère profonde, à la fois matérielle et physiologique, a, en ce moment, les neuf enfants vivants, et dont aucun n'a jamais présenté le moindre incident dentaire ou autre. Voici du reste les détails qui les concernent :

		1re dent.					
Mme Phœ... = 9 enfants :	1° Marthe...	à 13 m.		— 15 dents	à	20	m.
	2° Cécile....	9	»	— 16	»	20	»
	3° Georges..	10	»	— 14	»	20	»
	4° Lucien...	10	»	— 16	»	12	»
	5° Lucienne.	10	» 1/2	— 11	»	12	»
	6° Yvonne..	9	»	— 5	»	10	»
	7° Germaine.	10	»	— 10	»	12	»
	8° André....	11	»	— 5	»	11	»
	9° Henri....	9	»	— 4	»	11	»

3° De même, se trouvent, alimentés au sein maternel, d'une part : deux enfants nés à 12 mois de distance ; d'autre part : trois enfants, séparés par 11 et 13 mois de distance. Tous ont eu leurs premières dents, sans la moindre manifestation pathologique.

(A suivre.)

LE RADIUM EN ART DENTAIRE

Par M. Foveau de Courmelles.

(Communication à la Société d'Odontologie de Paris.)

Le radium est un corps qui n'éclaire que dans l'obscurité ; il n'éclaire que comme un ver luisant, aussi je n'ai pas jugé utile de vous en apporter, car il eût fallu faire ici l'obscurité la plus complète, et faire passer successivement dans chaque main ce semblant de ver luisant, ce qui aurait pris du temps.

Le radium est un corps qui émet de l'électricité et surtout qui en vole en quelque sorte, autrement dit qui décharge l'électroscope à feuilles d'or, d'autant plus rapidement qu'il est moins associé à des substances étrangères.

Vous savez qu'on obtient le radium en traitant des quantités considérables de pechblende — substance uranée qui donne au verre de Bohême son éclat — pour obtenir une quantité infinitésimale de radium.

Le radium pur, personne n'en a vu ; ce qu'on appelle actuellement du radium pur, c'est du chlorure de radium ou du bromure de radium, et le spectroscope, par ses raies caractéristiques a révélé l'existence du radium.

Vous pourriez croire évidemment qu'étant donné le coût fantastique d'un gramme de radium : 400.000 francs, il n'y a aucune application à pouvoir en faire en art dentaire.

Je crois, assurément, que le profane qui aurait cette somme de 400 000 francs dans sa poche ferait peut-être tout autre chose que d'acheter du radium, mais remarquez cependant — indépendamment du domaine scientifique et de ses conséquences impossibles à prévoir — qu'il ne nous faut que des quantités très petites, et qu'il n'est pas nécessaire que ce chlorure ou ce bromure aient cette force de dix-huit cent mille, ce qui est une mesure de l'activité de ce corps,

mesure relative cependant, car son évaluation dépend encore de la sensibilité de l'électroscope dont on se sert. Cependant cette mesure arbitraire permet de comparer divers pouvoirs et de voir quel est le plus fort, elle permet de déterminer approximativement la puissance des sels de radium, soit de bromure, soit de chlorure.

Les propriétés physiques des corps radio-actifs, car il n'y a pas que le radium, il y a aussi le polonium, l'actinium qui sont radio-actifs, sont semblables mais bien entendu, le premier est le plus puissant. Le radium, en outre, élève la température des corps voisins. C'est ainsi que si vous placez dans un récipient, dans un petit vase d'Arsonval qui permet de conserver le chlorure de méthyle grâce à la non-conductibilité à la chaleur du récipient dans lequel a été fait le vide, vous constatez que le thermomètre s'élève rapidement de trois degrés ; mais ce n'est pas à cela que sont dues les brûlures.

Il y a donc, à côté de ces phénomènes thermiques, des actions chimiques et ces actions sont tellement vraies qu'il faut même des verres spéciaux pour conserver les sels de radium, sinon les verres ordinaires sont décomposés.

Le radium joue un rôle assainissant par l'ozone qu'il dégage.

D'ailleurs on est assez porté à croire que l'ozone et le radium coexistent souvent. Dans les hautes couches atmosphériques, on trouve également des quantités abondantes d'ozone. Il y a donc des propriétés connexes. Est-ce le radium qui produit l'ozone et qui serait le corps primordial? ce serait là une question à éclaircir, mais déjà nous admettons au radium des propriétés très sérieuses au point de vue de l'hygiène et la possibilité dans ce but d'utiliser les sels du radium.

Je vous ai dit que le radium avait la propriété de décharger l'électricité de l'électroscope. Il a encore d'autres propriétés très curieuses, notamment la diminution de résistance opposée au passage du courant par certains corps comme le bismuth, le sélénium, par exemple, lorsqu'ils sont

en présence du radium et qui sous l'action de la lumière du radium, perdent des milliers d'ohms de résistance.

Il y a déjà quelques années, G. Le Bon, sous le nom de *lumière noire*, avait montré que tous les corps influençaient à la façon du radium et des rayons X les plaques photographiques à travers les corps opaques et même dans l'obscurité la plus complète. Si vous placez entre le radium et une plaque photographique un objet quelconque, vous le trouverez reproduit avec moins de netteté, mais de la même façon qu'avec les rayons X, le temps exigé sera également plus long.

Tous les corps font de même, c'est une question de temps et de puissance radio-active.

Relativement à l'élévation de température que provoque le radium, il n'y a pas de corps qui élève la température de trois degrés, comme le radium. On a cru le moment arrivé où pour se chauffer, chacun allait avoir son calorifère en radium ! Or ce n'est pas avec ces trois degrés que nous pourrons élever beaucoup notre température pendant l'hiver, surtout au prix de 400.000 francs le gramme. Au point de vue industriel, les espérances sont donc tombées, et on en est arrivé même à en nier l'utilité médicale.

On a vu aussi une source d'énergie presque inusable et très considérable. Il n'en est rien, cependant. Certains auteurs sont arrivés à évaluer à des milliers d'années, puis à 1.000 ans la durée du radium. Crookes, qui est certainement l'homme le plus compétent à ce sujet à cette époque, estime à 136 ans le pouvoir, la faculté d'existence d'un gramme de radium. Après un siècle passé, ce gramme de radium aurait disparu.

Si vous placez sur une simple loupe, dans l'obscurité, avec un de ces écrans au sulfure de calcium (qui sont devenus de nouveau extrêmement à la mode pour trouver les rayons N) un milligramme de radium, vous voyez des quantités d'étoiles qui se sauvent du point central où se trouve le radium et cela d'une façon infinie. C'est le *spinthariscope* de Crookes. Ce scintillement se distingue fort bien, il se poursuit d'une façon infinie et vous fait saisir cet échappe-

ment des fragments de la matière qui se poursuivra jusqu'à complète disparition.

Le radium émet des émanations, il agit à distance, il donne même ses propriétés de décharger les électroscopes aux doigts qui le touchent et aux objets qui l'approchent, c'est la *radio-activité induite*.

On retrouve des traces de radium dans les eaux minérales et cela expliquerait leurs propriétés thérapeutiques très curieuses. On y a trouvé l'hélium et l'émanation du radium. On a trouvé du radium dans les eaux minérales dont on ne comprenait absolument pas l'action thérapeutique jusqu'à présent, comme Plombières, Néris, Baden-Baden, notamment.

J'ai signalé ici, vous vous le rappelez, au mois de janvier de 1902 et le 6 mai de la même année, les actions analgésiques de la lumière ultra-violette et déjà à cette époque-là et peu après au Congrès d'électrologie de Berne, je signalai les analogies au point de vue analgésique des rayons ultra-violets, des rayons X et du radium.

Nous avons essayé les propriétés analgésiques du radium sur les dents. Dans certains cas, nous avons eu des actions très nettes, mais il est vrai que nous avons fait un nombre très restreint d'expériences qui seraient par conséquent à reprendre.

J'ai fait ces expériences avec l'arc voltaïque à l'École et nous avions essayé l'ablation dentaire : c'était de l'anesthésie. Un cas parut réussir ; un autre, non. Ce n'est pas avec deux cas qu'on peut juger. Au point de vue analgésique, au point de vue de calmer la douleur, il existe des actions extrêmement directes sur les fluxions dentaires.

Le Dr Hellion a essayé également avec succès avec la lumière bleue à l'École dentaire. Le Dr Minine, de Saint-Pétersbourg, en a parlé au même point de vue analgésique. Nos recherches ont porté, lui sur la lumière bleue, moi sur la lumière violette, voire sur toutes les radiations du spectre, sauf la chaleur supprimée par la circulation d'eau froide.

Avec le radium, par hasard, l'année dernière, au mois de

juillet, j'eus l'occasion d'essayer une application sur un ami souffrant d'une rage de dents : je dis, par hasard, puisque ne m'occupant pas d'art dentaire, mais scientifiquement, ayant déjà obtenu des résultats sédatifs dans des névralgies, des cancers.

J'avais du radium à 250. Je l'avais acheté à l'étranger. Alors qu'on le vendait 175 francs en France à ce moment-là, à 10.000, là-bas on le vendait 62,50. Cela paraissait avantageux, seulement il n'en est pas moins vrai qu'on est presque toujours trompé, parce que les unités sont différentes ; cela explique aussi certains résultats divergents : on mesure mal parfois le pouvoir radio-actif, on ne tient pas compte de la quantité de sel, de son enveloppe et de son action, qui diffère selon qu'il est enveloppé ou non. Je n'avais pour le prix déboursé que du radium à l'activité de 250, assurément bien moins actif que celui que j'aurais obtenu ici en payant plus, ainsi que je le fis peu après.

Malgré cette faible activité, mais en l'appliquant plus longtemps, j'ai eu avec cet ami, dont je vous parle, une analgésie absolument nette au bout d'une heure d'application du radium. J'ai obtenu également des résultats dans divers cas de douleurs névralgiques, dans des cas de douleurs en ceintures chez des ataxiques avec des pouvoirs variés 10.000, 500.000.

Vous savez ce qui est arrivé à M^me^ Curie, à M. Becquerel, pour avoir eu du radium dans leur poche pendant quelques heures. Au bout de quinze jours, ils se sont aperçus d'une brûlure et maintenant encore, c'est-à-dire après trois ans, on remarque chez M. Becquerel une cicatrice très nette.

Si vous employez du radium à l'activité de 500, il vous coûtera une cinquantaine de francs le décigramme. Ici vous rentrez dans le domaine pratique. Vous n'avez qu'à placer votre radium dans un petit tube en plomb et vous ne risquez pas de vous brûler. Si vous allez chez votre patient, vous agirez d'une façon bien plus rapide qu'avec la lumière bleue. Vous diminuerez la souffrance de votre malade. L'action du radium est aussi microbicide. D'après les re-

cherches qui ont été faites à l'Institut Pasteur, on a vu que certains microbes résistent encore, mais qu'ils perdent de leur virulence ou une partie de leur virulence, sauf à la reprendre après.

Comment appliquer le radium dans le domaine pratique ? Il doit être tout d'abord renfermé dans un tube de verre spécial, il ne faut pas se servir de verre ordinaire qui serait décomposé. Ce tube de verre, vous le placez dans un tube métallique que vous pourrez introduire dans la bouche de votre patient.

Vous pouvez encore employer d'autres sels que le chlorure et le bromure de radium, qui sont solubles, et faire une sorte de pâte avec du sulfate de radium qui est insoluble.

Vous pouvez obturer momentanément avec une pâte au sulfate de radium de façon à calmer une carie douloureuse ou même une périostite, sauf à enlever votre sulfate de radium après et l'antiseptiser ensuite. L'action des émanations serait même alors plus forte que celle du rayonnement du radium enveloppé, aussi dans ce dernier cas, je renferme le tube de verre dans une enveloppe métallique mince et percée de petits trous.

Vous pouvez en faire un véritable mastic, vous pouvez le disposer en écrans, agir par la bouche, les joues... M. Lambert l'a employé dans la pulpite, avec succès.

Je viens de signaler ce qui est de mon ressort et je crois avoir montré un procédé extrêmement facile d'application.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ D'ODONTOLOGIE DE PARIS

Séance du 17 octobre 1905.

Présidence de M. Delair, président.

La séance est ouverte à 9 heures.

I. — Procès-verbal et Correspondance.

M. Blatter donne lecture de la correspondance, qui comprend des lettres d'excuses de MM. Lannois et Foveau de Courmelles et une lettre de M. Friteau ayant trait au procès-verbal de la séance du 4 avril.

M. Friteau déclare avoir correspondu avec M. Foveau de Courmelles en tant que secrétaire du journal à propos de la publication de son mémoire et non pas de sa propre autorité.

M. Delair donne l'assurance à M. Friteau que le procès-verbal sera rectifié suivant sa demande.

Le procès-verbal est mis aux voix et *adopté*.

II. — Rapport annuel.

M. Blatter, secrétaire, donne lecture de son rapport annuel.

Ce rapport est mis aux voix et adopté.

M. Delair fait observer que, suivant le règlement, la Société doit procéder à l'élection du bureau à 10 heures et propose de placer la discussion de la communication de M. Theuveny après le vote.

M. Blatter fait connaître sa résolution bien déterminée de n'accepter aucune des fonctions pour lesquelles la Société va nommer des titulaires.

III. — Renouvellement du bureau.

La séance est suspendue à 10 heures.

Il est procédé au vote.

La séance est reprise à 10 h. 1/2.

IV. — De la réalité des accidents de première dentition.

M. Theuveny lit un mémoire sur ce sujet (Voir p. 445).

Discussion.

M. Frey. — Tout d'abord je félicite M. Theuveny de sa fort intéressante communication, et en particulier, des tableaux si clairs qu'il nous a apportés ; en outre je le remercie de l'occasion qu'il m'offre

d'insister sur des idées qui me sont chères et qui confirment de tous points celles qu'il vient d'exprimer. Cette réponse à mon collègue Theuveny sera en même temps celle que je me proposais de faire à mon ami Roy.

J'insiste à nouveau sur ma division : il nous faut l'avoir toujours présente à l'esprit, si nous voulons nous entendre et si, dans cette discussion, nous voulons aboutir à des conclusions :

A) Action du terrain sur l'évolution dentaire.

B) Action de l'évolution dentaire sur le terrain.

Il est bien entendu que sur le premier point nous sommes tous d'accord ; Theuveny, Roy, tous les cliniciens, moi, nous admettons tous que l'état général a une influence sur l'évolution des dents.

Passons à présent à l'action de l'évolution dentaire sur le terrain. Si M. Theuveny admet (et il l'admet, il vient de nous le répéter) cet état d'équilibre instable de l'organisme de l'enfant en voie de développement intégral, eh bien il est d'accord avec moi et moi avec lui. Ai-je dit que la dent en poussant donnait à l'enfant de la gastro-entérite ? Pas le moins du monde !

Messieurs, relisez avec moi, que M. Roy relise avec moi ces quelques lignes de mon mémoire.

« Il est un point que Magitot et ses partisans n'ont pas fait ressortir, c'est l'état d'équilibre instable de l'organisme de l'enfant ; il doit, dans un temps relativement très court, suffire à un travail énorme... On conçoit que dans ces conditions, il frôle constamment le déséquilibre. Il lui suffira du moindre refroidissement, de la moindre fatigue, de la moindre infection gastro-intestinale pour que ses défenses naturelles deviennent impuissantes.

» Le travail de l'éruption agit comme cause prédisposante en affaiblissant l'équilibre de l'organisme, au même titre d'ailleurs que le développement de tous les autres tissus et organes. »

Donc, l'action de l'évolution dentaire sur le terrain constitue un chapitre des accidents de l'évolution de l'enfance, par affaiblissement de l'équilibre organique, absolument au même titre que l'action de la croissance : c'est une *cause prédisposante toujours, occasionnelle quelquefois, mais déterminante jamais.*

Donc j'aboutis à la même conclusion pratique que Theuveny : une bonne hygiène, surtout alimentaire, pour donner à l'enfant une bonne constitution, un bon terrain, un terrain bien équilibré qui ne soit pas à la merci du travail de l'évolution, évolution de tous les organes y compris les dents.

M. Roy est heureux de voir M. Theuveny appeler l'attention sur l'influence de l'alimentation et des maladies du tube digestif sur l'éruption dentaire et aussi sur la qualité même des dents au point de vue de leur résistance à la carie. L'orateur déclare avoir fréquemment

observé une prédisposition toute particulière à la carie chez les enfants ayant souffert de troubles gastro-intestinaux dans leur enfance.

Il constate avec plaisir que le mémoire de M. Theuveny et les observations qu'il contient confirment pleinement les idées qu'il a émises à Cherbourg dans son étude critique du travail de M. Frey (V. *Odontologie*, 1905, p. 266). M. Roy rappelle que, de sa naissance à 30 mois, l'enfant doit, non seulement faire ses dents, mais encore transformer tout son tube digestif pour lui permettre l'alimentation omnivore de l'homme et que tous les organes digestifs, dents, estomac, foie, pancréas, intestin, se développent parallèlement. C'est pourquoi l'éruption des dents doit refléter l'état de développement des autres organes digestifs, et chaque éruption de dent doit correspondre à une poussée de croissance du tube digestif.

Si un trouble de la santé générale de l'enfant se produit au cours de cette période de transformation, pourquoi vouloir le rattacher au développement des dents plutôt qu'à celui de l'estomac, de l'intestin ou d'une de ses annexes, organes bien autrement importants dans le développement général de l'enfant ?

Si M. Roy est d'accord sur plusieurs points avec M. Frey, il en est plusieurs sur lesquels il diffère profondément, car il ne peut admettre l'influence de la dentition sur le terrain général de l'enfant ni la réalité des prétendus *accidents de dentition* que M. Frey admet dans son travail quand il dit que *la moindre épine dentaire pourra troubler dans ses fonctions essentielles l'organisme de l'enfant*. Si comme il vient de le dire tout à l'heure, M. Frey ne fait jouer à la dentition qu'un rôle tout à fait secondaire dans l'évolution de ces accidents, il est mauvais de les dénommer ainsi. Le médecin n'a que trop tendance à se reposer sur cette notion étiologique superficielle, au lieu d'aller rechercher du côté d'autres organes moins accessibles, l'étiologie vraie de troubles pathologiques dont la véritable cause est trop souvent méconnue par suite de ces idées erronées sur le rôle de la dentition.

M. Theuveny, d'accord avec M. Frey, divise le terrain en terrain héréditaire et terrain alimentaire et déclare rester par conséquent en accord avec lui sur le fond de la question.

M. Frey fait remarquer à M. Roy qu'il a eu soin dans son mémoire, afin de ne préjuger de rien, d'écrire *accidents dits de la première dentition*, car avec Springer il les range parmi les divers accidents d'évolution qui peuvent frapper l'enfant en voie de croissance. Si parmi ces accidents d'évolution on a incriminé surtout les dents, c'est parce que, de tous les organes, ce sont ceux que l'on voit le plus facilement évoluer. Il y a une harmonie entre tous les organes quant à leur développement; c'est ce qui permet de juger, par l'examen des dents en évolution, du degré de développement des autres organes moins facilement accessibles à l'exploration.

M. Delair remercie et félicite M. Theuveny de sa communication. Il lui fait part des souhaits qu'il forme de le voir revenir souvent au sein de la Société.

V. — Réunion de l'Association générale des dentistes de Belgique.

M. Roy, de retour d'un voyage à Bruxelles où il a été assister à la réunion de l'Association générale des dentistes de Belgique, donne à la Société d'Odontologie un compte rendu de cette réunion.

VI. — Un cas de prothèse nasale.

M. Roy fait une communication sur ce sujet, et, présente un appareil de prothèse nasale qu'il a exécuté (*sera publié prochainement*).

Discussion.

M. Delair. — J'ai remarqué que le mécanisme construit pour obtenir la rétention de cette pièce prothétique est basé sur la tension d'un fil de caoutchouc au lieu de celle d'un ressort métallique.

Ce procédé a l'avantage d'éviter toute altération et tout faussement de l'appareil.

M. Delair remercie et félicite M. Roy de son intéressante communication.

Il fait connaître ensuite le résultat du vote pour le renouvellement du bureau :

Nombre des votants..... 49 voix.
Majorité absolue..... 25 voix.
Sont nommés :
Président, M. Frey..... 35 voix.
Vice-Présidents, M. Platschick..... 29 voix.
— M. J. Mendel..... 27 voix.
Secrétaire général, M. Georges Lemerle..... 38 voix.
Secrétaire des séances, M. Hugot..... 32 voix.

La parole est donnée à M. Platschick pour la lecture de son rapport.

Etant donné l'importance de ce travail, *M. Godon* propose qu'il ne soit pas lu en fin de séance, mais qu'il soit placé en tête de l'ordre du jour de la prochaine séance.

Cette proposition est mise aux voix et adoptée.

VII. — Appareil a air chaud.

M. Blatter présente, de la part de M. Poteau (de Laval), un appareil à air chaud qui intéresse vivement l'assemblée (V. *Odontologie*, 15 *novembre* 1905, *p.* 438).

La séance est levée à 11 h. 1/2.

Le secrétaire-adjoint,
Blatter.

REVUE ANALYTIQUE

Par MM. Henri Dreyfus et Georges Lemerle.

A propos de la pyorrhée alvéolaire. — Pyorrhée alvéolaire. — Moyen de remplacer une dent cassée à un bridge. — Technique de l'extirpation des tumeurs malignes du maxillaire supérieur. — Rôle des états inflammatoires des muqueuses et particulièrement des cavités nasale et buccale dans l'infection par le bacille tuberculeux. — Traitement du bec-de-lièvre et de la fissure palatine. — L'empyème de l'antre d'Higmore chez les enfants.

A propos de la pyorrhée alvéolaire.

Le Dr Bessie Burus Bennett, de Baltimore, nous expose à propos de l'étiologie de la pyorrhée ses idées sur la pathogénie de l'arthritisme. Ayant remarqué, dit-il, que les accidents pyorrhéiques sont de beaucoup plus fréquents chez la femme que chez l'homme, il pense en avoir trouvé la cause dans ce fait que la femme est infiniment plus souvent que l'homme victime de lésions génitales. Or, écrit le Dr Bessie Burus Bennett, c'est un fait reconnu que des désordres génitaux entraînent généralement des lésions rénales et, comme nous le savons tous, les affections de l'appareil urinaire amènent l'établissement de la diathèse acide qui, depuis un temps immémorial, occupe une si large place dans l'étiologie de la pyorrhée.

Cet auteur rapporte trois observations pour étayer sa théorie et il conclut en nous faisant part de sa conviction que chez une pyorrhéique on doit toujours examiner l'utérus et ses annexes. Le traitement des affections génito-urinaires devient naturellement, avec M. Bessie Burus Bennett, le premier stade du traitement de la pyorrhée alvéolaire. Cet auteur nous apprend ainsi du même coup l'origine de l'arthritisme chez la femme et le traitement rationnel de la polyarthrite avéolo-dentaire.

(Dr Bessie Burus Bennett, de Baltimore, *Items of Interest*, sept. 1905.)

G. L.

Pyorrhée alvéolaire.

L'auteur ne veut voir dans la pyorrhée alvéolaire qu'une maladie exclusivement locale et au sujet de laquelle l'état général ne joue aucun rôle. Logique avec lui-même, il se refuse à traiter la pyorrhée par d'autres moyens que l'intervention locale et il s'appuie à ce propos sur l'autorité de Riggs et de Younger dont il partage les théories. La méthode que l'auteur préconise peut être ainsi exposée.

Tout d'abord une asepsie rigoureuse doit être employée. Tous les instruments dont on se servira seront soigneusement stérilisés ; la bouche du patient aura été préalablement brossée et lavée plusieurs fois à l'eau oxygénée.

Après examen de la bouche on choisira deux ou trois dents qui paraîtront plus particulièrement atteintes et au niveau desquelles on commencera le traitement après injection d'une solution anesthésique locale dans la région du collet. On enlèvera d'abord les larges dépôts qui se trouvent sur la couronne, puis on continuera le curettage le long des racines et on ne sera satisfait que lorsque toute espèce de calcul séreux aura été enlevée depuis le collet jusqu'à l'apex des racines.

Pour pratiquer cette opération on emploiera de fines curettes du modèle pré-

conisé par Younger. Il est inutile pour pratiquer ce curettage de lacérer la gencive, puisqu'il suffit de passer les instruments entre elle et la dent. Cependant si les tissus saignaient abondamment, un lavage à l'eau chaude suffirait à arrêter l'hémorragie. Au cours du nettoyage, on lavera fréquemment la bouche du patient avec de l'eau oxygénée faible. Lorsque le curettage est terminé on injectera dans les culs-de-sac gingivaux, à l'aide d'une aiguille et d'une seringue hypodermique, un peu d'acide lactique.

Il ne faut naturellement pas après ces injections faire des lavages ou du massage, car on expulserait ainsi l'acide lactique des culs-de-sacs gingivo dentaires qu'il est destiné à cautériser. On fera ainsi après le curettage de quotidiennes injections d'acide lactique et généralement on voit survenir la guérison au bout de deux ou trois semaines.

Lorsqu'on voit l'écoulement de pus persister au niveau de certaines dents, on peut être assuré que cet insuccès est dû à quelque dépôt tartrique échappé à la curette et il faudra aussitôt refaire un grattage complet de la racine.

Lorsque le patient est définitivement guéri on lui donnera les indications usuelles d'hygiène dentaire dont le brossage constitue le premier précepte.

L'auteur a soigné suivant cette méthode un grand nombre de malades depuis trois ans ; il en a toujours retiré d'excellents résultats dans tous les cas.

Nous regrettons cependant de ne pas voir son travail précisé par une statistique et ses affirmations soutenues par des observations.

(Ernest Behnstrom, de Chicago, *Items of Interest*, sept. 1905.)

G. L.

Moyen de remplacer une dent cassée à un bridge.

Dans ces cas de fractures on peut quelquefois employer les moyens conseillés pour augmenter la rétention des inlays de porcelaine.

M. Platschick prend comme exemple le cas d'une incisive latérale ; on remplit avec du ciment l'espace existant entre les deux crampons de la dent brisée et restés soudés à la contre-plaque. Puis on prend l'empreinte de cette contre-plaque avec du plâtre ou du godiva. On obtiendra un modèle en plâtre. Une mince feuille de platine un peu plus épaisse que celle dont on se sert pour l'empreinte des blocs est appliquée sur le modèle. Deux demi-boules en or ou en alliage or et platine sont soudées aux endroits où se trouvent les crampons et où la feuille de platine présente deux petits creux. Une dent est modelée et cuite selon les mêmes règles que pour les blocs de porcelaine. On obtiendra ainsi une dent, qui, lorsqu'on aura dissous les deux boules d'or dans l'eau régale, présentera deux petites cavités où pourront se loger et être scellées au ciment les têtes des crampons restés sur la contre-plaque.

(B. Platschick, *Le Laboratoire*, sept. 1905.)

G. L.

Technique de l'extirpation des tumeurs malignes du maxillaire supérieur (8 fig.).

M. J.-L. Faure fait la critique de cette opération, telle qu'elle est décrite dans les livres classiques ; il lui reproche de constituer une intervention d'amphithéâtre, en ce sens qu'elle ne peut être correctement exécutée que sur un maxillaire sain ; d'autre part, elle nécessite le sacrifice de la totalité de l'os, alors que souvent il serait possible d'en conserver une partie encore indemne.

M. Faure décrit une technique très simple, qui se résume en ces mots : les tumeurs malignes du maxillaire supérieur doivent être enlevées *par morcellement à la pince-gouge*. En dehors des instruments usuels, une pince emporte-pièce, à mors larges et bien tranchants, est nécessaire. L'auteur insiste sur la nécessité de mettre le malade dans la position de Röse, ce qui est encore le meilleur moyen d'éviter la trachéotomie préliminaire, qu'il ne pratique jamais.

D'ailleurs il supprime les inconvénients de l'hémorragie qui est importante et persistante, en faisant systématiquement la ligature primitive de la carotide externe (sauf dans le cas d'une tumeur peu vasculaire, et chez un sujet résistant).

Quand la tumeur s'est développée aux dépens du bord alvéolaire, quand elle ne remonte pas trop haut dans le corps de l'os, on peut se dispenser de toute incision cutanée ; on attaque directement la tumeur à la pince-gouge, et l'on peut faire une opération rapide. Au cas de tumeur volumineuse, et étant donné la nécessité d'une opération radicale, la voie cutanée est indiquée ; il vaut mieux une incision trop grande qu'une exiguë. La meilleure est celle de Nélaton : elle part de l'angle de l'œil, suit le pli nasogénien, contourne la narine jusqu'à la ligne médiane, divise verticalement la lèvre supérieure. Au point de départ, à l'angle de l'œil, une deuxième incision, horizontale, se dirige en dehors tout le long du rebord orbitaire, vers le malaire. Le lambeau est relevé, en suivant l'os au bistouri, en décollant au besoin le périoste. Si la tumeur semble envahir la totalité de l'os, on l'enlèvera progressivement à la pince-gouge qui, commençant par le bord alvéolaire, supprimera la voûte palatine, la partie antérieure du maxillaire, la face interne du sinus, avec le cornet inférieur, ne s'arrêtant que devant un tissu parfaitement sain. On pourra ainsi très souvent conserver le plancher de l'orbite ; il pourra en être de même de la paroi externe du sinus, au niveau de la tubérosité du maxillaire ; la face sera ainsi moins déformée.

Dans le cas où la voûte palatine est saine et où la tumeur apparaît entre la fosse canine et le trou sous-orbitaire, on fait sauter la paroi osseuse antérieure, on extirpe la tumeur, et l'on peut conserver en tout ou en partie le plancher du sinus, et la voûte palatine.

La technique décrite par M. Faure est simple, elle répond à tous les besoins, permet des opérations très limitées, proportionnées à l'étendue des lésions, opérations au cours desquelles on peut poursuivre les prolongements du mal aussi loin qu'il est nécessaire.

(J.-L. Faure, *Presse Médicale*, p. 745, 18 novembre 1905.)

H. D.

Rôle des états inflammatoires des muqueuses et particulièrement des cavités nasale et buccale dans l'infection par le bacille tuberculeux.

M. André Lombard étudie dans cet article les différentes voies d'introduction du bacille de Koch dans l'organisme, en insistant sur les voies respiratoires et les voies digestives. Il souligne la rapidité d'évolution de la tuberculose chez des sujets porteurs d'autres affections microbiennes. Le pharynx est une porte d'entrée toujours ouverte, en raison des nombreuses infections dont il peut être le siège ; avec une défense naturelle aussi amoindrie, la plus légère cause favorisera la pullulation du bacille tuberculeux et les ganglions deviendront tuberculeux par le même processus qui en a causé l'hypertrophie, les plus rapprochés de la muqueuse étant les premiers infectés.

L'auteur conclut à la nécessité d'une thérapeutique prophylactique : brossage fréquent des dents, et surtout antisepsie du rhino-pharynx.

(André Lombard, *Progrès Médical*, p. 713, 4 novembre 1905.)

H. D.

Traitement du bec-de-lièvre et de la fissure palatine.

L'auteur insiste sur l'originalité de sa méthode ; il est intervenu sur des sujets d'âges très différents, même chez des adultes ; il n'opère cependant pas les tout jeunes enfants ; mais il n'attend pas que de mauvaises habitudes phonétiques aient le temps de se prendre. Dès la naissance, il applique une bande adhésive sur la lèvre supérieure et autour du massif maxillaire, pour en arrêter l'écarte-

ment ; grâce à cette bande, quand l'enfant crie, les muscles, au lieu d'écarter les os, tendent à les rapprocher. La peau et les muscles des lèvres se trouveraient assouplis, ce qui donnerait plus d'étoffe pour l'opération.

Plus tard l'auteur applique un appareil qui tire sur les prémolaires de chaque côté, et qui est fait de deux tiges dont on peut rapprocher les extrémités, à l'aide d'un écrou. L'antisepsie bucco-nasale est de rigueur. Si les os ne cèdent pas suffisamment chez l'adulte, il procède à des sections osseuses le long des parois externes du maxillaire supérieur de manière à amener les os au contact. Avant l'opération à lambeau définitive, il fait un avivement préalable ostéo-muqueux quand les os sont amenés pour la première fois au contact.

L'auteur cite 11 cas remarquables. L'éducation phonétique post-opératoire a été facilitée par l'usage des tracés phonographiques et des palatogrammes.

(Brown, *Journ. Am. méd. Ass.*, 18 mars 1905.)

H. D.

L'empyème de l'antre d'Higmore chez les enfants (ostéomyélite du maxillaire supérieur).

Les enfants sont parfois atteints d'une affection caractérisée par de la rougeur et du gonflement au-dessous de l'œil et par un écoulement purulent par la narine correspondante. Il s'agit d'une affection assez rare dont l'auteur cite seize cas. Dans son évolution elle ressemble à ce que l'on décrit chez les adultes sous le nom d'empyème de l'antre d'Higmore, mais l'auteur croit qu'il s'agit plutôt d'une ostéite aiguë ou d'une ostéomyélite du maxillaire supérieur.

L'affection est causée par un traumatisme, parfois par une influence infectieuse agissant sous l'alvéole dont les parties les plus vulnérables sont les sacs dentaires. C'est surtout la première molaire qui est sujette à souffrir en raison de son volume. Ce sac peut être l'origine de l'erreur ; ce que l'on désigne souvent comme l'empyème de l'antre, chez les enfants, est une inflammation aiguë de sac dentaire de la première molaire, l'inflammation s'étendant ensuite à une portion plus ou moins grande du maxillaire supérieur.

Le traitement consiste à assurer l'écoulement du pus. L'ouverture doit être pratiquée dans l'alvéole ou la fosse canine. Il faut favoriser l'élimination du séquestre, mais il n'est pas toujours nécessaire de pratiquer une opération radicale.

(Brown-Kelly, *Edimburg med.*, 7 oct. 1904, *Pratique méd.*, mars 1905.)

H. D.

ÉCOLE DENTAIRE DE PARIS

Vingt-sixième séance annuelle de réouverture des cours.

La vingt-sixième séance annuelle de réouverture des cours a eu lieu le 15 novembre à l'Ecole dentaire de Paris, à 9 heures du soir.

Le Conseil d'administration ayant décidé que cette solennité aurait un caractère absolument scientifique, la partie artistique et musicale, qui l'accompagnait les années précédentes, en a été écartée et, au lieu d'emprunter un local étranger, la grande salle de dentisterie opératoire, aux dimensions si vastes, a été spécialement aménagée pour la circonstance, ainsi que cela s'est souvent fait dans le passé.

La présidence avait été offerte tout d'abord à M. Dubief, alors ministre du Commerce et de l'Industrie, qui l'avait acceptée ; mais, à la suite des récents événements politiques, M. Dubief, devenu ministre de l'Intérieur, se trouva empêché de tenir l'engagement qu'il avait pris comme ministre du Commerce et il délégua, pour le représenter officiellement M. Mirman, ancien député de la Marne, directeur de l'Assistance et de l'hygiène publiques au Ministère de l'Intérieur.

La cérémonie a donc été présidée par M. Mirman, assisté de MM. Strauss, sénateur, et Mesureur, directeur de l'Assistance publique, comme vice-présidents. M. Navarre, conseiller municipal, qui avait accepté la vice-présidence, s'est trouvé empêché de venir au dernier moment et s'en est excusé.

Sur l'estrade avaient pris place le président et les vice-présidents, M. Godon, directeur, M. Martinier, directeur honoraire, M. Sauvez, directeur adjoint, M. Touvet-Fanton, secrétaire général, les membres du Conseil d'administration et du corps enseignant, MM. le professeur Sebileau, le Dr Hartmann, chirurgien des hôpitaux, le Dr Vaquez, médecin des hôpitaux, le Dr Bérillon, directeur de la *Revue d'hypnotisme*, etc.

Une nombreuse assistance emplissait la salle.

Tout d'abord M. Sauvez donne lecture de la correspondance, qui comprend des lettres d'excuses de MM. d'Estournelles de Constant, Treille, sénateurs ; Baudin, Millerand, Amodru, Dulau, Gaston Menier, Georges Berry, députés ; Pierre Morel, Desplas, Grébauval, conseillers municipaux ; Félix Voisin, vice-président du Conseil de l'Assistance publique ; le professeur Debove, doyen de la Faculté de médecine ; Huchard, membre de l'Académie de médecine ; le professeur Grancher, membre de l'Académie de médecine ; le professeur Monod, chirurgien des hôpitaux ; le professeur Budin ; le professeur Le

Dentu ; le professeur Launois, médecin des hôpitaux ; le Dr Chantemesse ; le professeur Gilbert ; le professeur Desgrez ; le professeur Legry, médecin des hôpitaux ; le professeur Quenu ; le Dr Merklen, médecin de l'hôpital Laënnec ; le Dr Gasne, médecin des hôpitaux ; le Dr Beurnier, chirurgien de l'hôpital Tenon ; le Dr Morax, médecin des hôpitaux ; le Dr Guinard, chirurgien de Saint-Louis ; le Dr Moty, médecin-chef du Val-de-Grâce ; le Dr Mareschal, médecin-chef de la place de Paris ; Gasquel, directeur de l'enseignement primaire ; Fringnet, inspecteur d'Académie ; Evellin, inspecteur général honoraire de l'Instruction publique ; Dr Guinon ; Dr Pinet, Dr Marie, Dr Grimbert, Serres et Choquet, professeurs à l'Ecole ; Dr Pont, directeur de l'Ecole dentaire de Lyon, etc.

Nous croyons nécessaire de reproduire les passages essentiels de quelques-unes de ces lettres, pour montrer la haute estime dans laquelle leurs auteurs tiennent l'Ecole dentaire de Paris et le cas qu'ils font de l'œuvre qu'elle accomplit.

M. d'Estournelles de Constant, sénateur, écrit ce qui suit :

Depuis 1880 l'École dentaire de Paris a vraiment fait une œuvre excellente, deux fois excellente, au point de vue français et au point de vue de la science.

Permettez-moi d'ajouter que personnellement je vous sais le plus grand gré de votre *Fédération internationale.* En voilà une dont personne ne pourra médire ! C'est avec toutes ces fédérations spéciales, de plus en plus nombreuses, que nous formerons le plus solide faisceau contre la guerre. En habituant les étrangers de toutes les professions à discuter et à résoudre à l'amiable avec nous leurs intérêts, souvent contradictoires, nous habituerons les gouvernements à suivre le même exemple et à substituer la politique de la conciliation internationale à celle de la violence.

En un mot, et c'est pourquoi vous avez droit, comme tant d'autres associations du même ordre, à ma sympathie, vous êtes dans les bons principes, etc.

M. Millerand, ancien ministre du Commerce et de l'Industrie, président d'une séance analogue en 1901, s'exprime ainsi :

Depuis l'année 1901, où j'ai eu l'honneur que je n'oublie pas, de présider la séance de réouverture des cours et de distribution des récompenses, l'École dentaire n'a cessé de progresser et, par son enseignement technique d'une part,

son dispensaire de l'autre, de rendre des services de plus en plus précieux et étendus.

Dans les congrès, comme dans les expositions, à Madrid, à Saint-Louis, à Hanoï, à Liège, vous avez brillamment représenté l'art dentaire français.

Pour une modeste part, j'ai voulu, par ce mot, rendre à l'École dentaire, à ses directeurs, à son corps enseignant, l'hommage qui lui est dû.

M. Amodru, député de Seine-et-Oise, dit :

Ce qui caractérise l'École dentaire de Paris, c'est que, fondée uniquement dans l'intérêt du public et de la profession, elle est à la fois une institution philanthropique et une œuvre d'enseignement mutuel.

Ses fondateurs ont eu le rare mérite, en effet, de créer deux choses qui n'existaient nulle part en 1880 : une école destinée à l'enseignement de l'art dentaire et un dispensaire pour le traitement gratuit des affections des dents chez la classe pauvre, qui jusqu'alors avait été par trop délaissée.

Pour assurer la vitalité de l'institution, son avenir, ils ont voulu que dès ses premiers pas dans la profession l'élève trouvât des confrères tout prêts à l'accueillir, à le guider, à l'encourager, à lui procurer, avec l'instruction dont il a besoin, tous les avantages que peut présenter de nos jours une organisation professionnelle aussi complète que celle de l'École dentaire de Paris.

M. Dulau, député des Landes, écrit :

J'aurais été heureux de vous témoigner par ma présence de mon admiration pour votre œuvre si humaine, si démocratique, si utile.

Votre œuvre mérite d'être hautement encouragée par tous ceux dont le cœur n'est pas irrémédiablement fermée aux sentiments généreux et altruistes.

M. le professeur Debove, doyen de la Faculté de médecine, s'exprime ainsi :

Je regrette d'autant plus vivement de ne pouvoir assister à votre fête de distribution des récompenses qu'il m'eût été agréable de témoigner par ma présence de l'intérêt que je porte à votre œuvre.

M. le Dr Huchard, membre de l'Académie de médecine, écrit :

Quel bel exemple vous donnez là et combien vous méritez avec tous vos dévoués et savants collaborateurs la reconnaissance de tous ! Aussi, demain soir ma pensée sera avec vous pour souhaiter à l'École dentaire tous les succès et la grande prospérité qu'elle mérite à tous égards.

M. le professeur Gilbert dit :

Grâce à votre enseignement et à celui de vos collaborateurs, se sont instruites des générations de jeunes hommes destinés à vous faire honneur. Et déjà, je vous le dis tout bas, afin de ne pas faire mollir le zèle de vos élèves, aux examens de chirurgien-dentiste que je préside assez souvent à la Faculté, je puis constater que les nouvelles séries de candidats sont en réel progrès sur les anciennes.

Persévérez donc dans la voie où vous vous êtes engagés, conscients des services que vous rendez déjà et pénétrés de l'importance de votre tâche.

Nous sommes avec vous, sachez-le, de tout cœur.

M. le Dr Mareschal, médecin-chef de la place de Paris, dit :

J'aurais aimé à vous témoigner par ma présence, non seulement ma sympathie, mais aussi l'intérêt que je porte à votre école, dont le dispensaire rend de si fréquents et si désintéressés services aux soldats de la garnison de Paris.

Puis M. Godon, directeur, prononce une allocution, qu'on trouvera plus loin, dans laquelle il remercie les personnalités présentes de leur présence et de leur sympathie, sympathie dont il croit pouvoir expliquer les causes par le rôle que joue le Groupement de l'Ecole dentaire de Paris, avec l'Association sur laquelle elle s'appuie et ses diverses annexes.

M. Sauvez, directeur-adjoint, donne lecture d'un rapport, que nous reproduirons ultérieurement, qu'il intitule justement : *Une visite à l'Ecole dentaire de Paris*. Il prend un malade à son entrée au Dis-

pensaire et le fait passer successivement par les divers services, profitant de cette circonstance pour décrire les différents locaux de l'institution.

M. le Dr Sebileau, professeur agrégé à la Faculté de médecine, fait ensuite une conférence sur les rapports des odontologistes et des stomatologistes et expose les principes sur lesquels s'appuient ces deux partis, ainsi que les différences qui les divisent.

Le Dr Sebileau fait ressortir que, tandis que les stomatologistes ont vécu dans un pays de rêve et ont manqué tout au moins de cohésion, les odontologistes, et principalement ceux qui sont réunis dans le Groupement de l'Ecole dentaire de Paris, ont travaillé très activement suivant une orientation précise. Ces odontologistes sont parvenus à créer, à faire vivre et prospérer une école importante, à laquelle vont toutes ses sympathies et qui donne un enseignement meilleur et plus complet de jour en jour, ainsi qu'il l'a maintes fois constaté. Il termine en invitant les uns et les autres à l'union pour le but commun, qui doit être l'élévation du niveau professionnel.

Peut-être certains ont-ils pensé que la situation du chirurgien-dentiste ne tient pas dans cette étude une place aussi importante et aussi élevée qu'ils le désiraient, mais, comme l'a dit lui-même le savant conférencier, il est toujours risqué de mettre son doigt entre l'arbre et l'écorce.

M. Mirman, directeur de l'Assistance et de l'hygiène publiques au Ministère de l'Intérieur, représentant du ministre, exprime les regrets de celui-ci de n'avoir pu venir personnellement et fait connaître les raisons pour lesquelles l'œuvre de l'Ecole dentaire de Paris est si sympathique aux pouvoirs publics en général et au ministre de l'Intérieur en particulier : c'est une œuvre d'initiative privée, une œuvre d'enseignement mutuel, une œuvre de bienfaisance et de philanthropie. On trouvera ci-après son discours.

Enfin, M. Godon procède, suivant l'usage, à la remise de la médaille d'or et de la médaille d'argent offertes par le Conseil d'administration chaque année respectivement à un professeur et à un chef de clinique, et ces récompenses sont saluées par les bravos de l'assistance.

La première est attribuée à M. Touchard, professeur de clinique de dentisterie opératoire. M. Godon prononce à cette occasion les paroles suivantes :

Le Conseil d'administration de la société a l'habitude d'accorder chaque année à l'un des professeurs de l'institution une modeste récompense pour remercier le corps enseignant de son dévouement. Cette récompense consiste dans une médaille d'or, que j'ai le plaisir de remettre cette fois à un de nos collaborateurs, M. Touchard, qui nous donne

son concours désintéressé depuis bientôt quatorze ans.

M. Touchard est entré dans le corps enseignant comme démonstrateur le 24 mai 1892 ; il a été nommé professeur suppléant de clinique le 26 octobre 1897, poste qu'il occupe depuis huit ans.

Dans l'ordre administratif, il a été membre du Conseil d'administration pendant les années 1891, 1892 et 1893, et il l'est actuellement à nouveau.

Il a été secrétaire de rédaction du journal *L'Odontologie en 1892 et 1893*. Mais c'est surtout au moment du vote de la loi de 1892 que M. Touchard a rendu à la profession et à l'école des services qui ne sauraient être oubliés. Membre de la Commission de réglementation de l'Association générale des Dentistes de France, il a pris une part active à la modification de certaines dispositions de cette loi, alors qu'elle était en discussion devant le Sénat. Il présenta à cette occasion un premier rapport en juin 1891, un second rapport en janvier 1892, et fit plusieurs démarches auprès de M. Cornil, rapporteur de la loi au Sénat. A la même époque, il fut chargé par un arrêté du ministre de l'Intérieur, en date du 25 juillet 1892, d'une mission en Angleterre ayant pour objet l'étude de l'organisation de l'enseignement dentaire dans ce pays.

Je suis heureux de trouver cette circonstance de remercier publiquement M. Touchard et de rappeler le rôle qu'il a joué depuis qu'il est au milieu de nous.

Au nom de l'École dentaire de Paris, je lui remets cette médaille d'or.

La seconde est attribuée à M. Jeay, chef de clinique. Les paroles suivantes sont alors prononcées par M. Godon :

En outre de la médaille d'or attribuée à un professeur, notre Conseil d'administration décerne également une médaille d'argent à un chef de clinique.

Cette année le Conseil a fait choix de M. Jeay, qui appartient depuis onze ans à notre corps enseignant. Démonstrateur d'anesthésie le 5 février 1894, il a été nommé chef

de clinique d'anesthésie le 21 février 1899 et il remplit ces fonctions depuis cette époque avec un dévouement auquel je me plais à rendre hommage.

L'activité de M. Jeay s'est d'ailleurs étendue à la branche scientifique de notre groupement, la Société d'Odontologie, à laquelle il a présenté de nombreuses communications, et à notre grand Congrès international de 1900, où il était secrétaire-rapporteur de la section d'anesthésie.

L'enseignement de M. Jeay est très apprécié des élèves et des maîtres et je profite de cette circonstance pour en féliciter M. Jeay.

Au nom de l'École dentaire de Paris, je lui remets cette médaille d'argent.

M. Touvet-Fanton, secrétaire général, donne ensuite lecture du palmarès et les élèves récompensés viennent recevoir leurs prix au milieu des acclamations de leurs camarades.

M. Godon remet une médaille commémorative de la soirée à M. Mirman, qui lève la séance en souhaitant bon courage aux maîtres et bonne chance aux élèves.

A onze heures, cette vingt-sixième séance annuelle de réouverture des cours qui est, comme nous l'avons dit, la vingt-cinquième séance de distribution des récompenses et dans laquelle, suivant l'heureuse expression de M. Sauvez, l'école a célébré ses noces d'argent, était terminée et, cette fois encore l'école conquérait de nouvelles sympathies, recueillait de nouveaux encouragements, recevait de nouveaux éloges de nature à ranimer le zèle et à revivifier l'espoir des administrateurs et des professeurs de l'institution et à fortifier leur foi dans l'avenir.

DISCOURS DE M. MIRMAN

Directeur de l'Assistance et de l'hygiène publiques au Ministère de l'Intérieur.

M. le Ministre de l'Intérieur n'a pu tenir l'engagement qu'avait pris envers vous le ministre du Commerce.

Il y a quelques heures, il a constaté que, malgré toute sa bonne volonté, il lui était impossible de venir, étant matériellement empêché par ses charges nouvelles de se rendre à votre appel amical.

Il m'a confié, messieurs, l'honneur de le représenter, honneur dont je sens toute la charge et toute la difficulté, mais aussi tout le prix.

Il m'a chargé tout d'abord de vous exprimer son très vif regret et aussi de vous dire en quelques mots sa très haute et très cordiale sympathie pour votre œuvre et pour les collaborateurs intelligents, dévoués et désintéressés qui s'y consacrent.

Messieurs, il y a quelques semaines, vous faisiez part à M. le Ministre du Commerce par l'intermédiaire de M. Strauss, sénateur, auquel rien de ce qui touche au progrès social ne reste étranger, de votre désir de voir M. le Ministre accepter de venir présider cette séance.

Vous n'avez pas eu de peine à deviner que les liens qui unissent l'Ecole dentaire au Ministère du Commerce sont très étroits.

Le ministre du Commerce ne pouvait pas oublier que votre société s'est développée une des premières et que votre œuvre est une preuve vivante de ce que peuvent faire les associations professionnelles qui, tout en travaillant à la défense de leurs intérêts, améliorent en même temps, d'une façon constante et avec le même souci permanent, la technique de leur profession.

Le ministre du Commerce avait donc répondu très spontanément d'une manière affirmative à l'invitation que vous aviez bien voulu lui adresser ; quelques jours après, des événements politiques se sont produits à la suite desquels le ministre du Commerce fut nommé ministre de l'Intérieur. Ce changement n'était pas de nature à modifier l'intention de M. le Ministre, car, s'il n'avait plus les mêmes raisons, il en avait d'autres au moins aussi fortes pour se rendre à votre appel amical; il ne pouvait pas oublier que votre société a un haut souci de la solidarité et de la bienfaisance sociales. Un autre titre, d'ailleurs, était de nature à vous attirer sa sympathie : vous êtes une œuvre d'initiative privée.

Je désirerais vous dire quelques mots de cette œuvre, en dehors des éloges mérités qu'a déjà reçus l'Ecole dentaire.

Vous êtes une œuvre d'initiative privée, mais non pas de ces œuvres qui regardent les pouvoirs publics d'un œil méfiant, qui voient dans les pouvoirs publics un adversaire, mais au contraire une œuvre d'initiative individuelle qui sent la nécessité de s'appuyer sur eux, qui a un vif désir de collaborer d'une façon cordiale avec le gouvernement. Or lorsqu'en France des hommes mus par un haut souci de progrès scientifique et social prennent une initiative quelconque, non seulement les pouvoirs publics ne les regardent pas avec défiance, mais encore ils leur donnent leur patronage et sont heureux de profiter de toutes les occasions qui se présentent à eux pour leur témoigner leur sympathie.

M. le Ministre était au regret de ne pouvoir assister à cette cérémonie, et il eût été particulièrement content d'apporter à quelques-uns des collaborateurs les plus anciens et les plus dévoués de cette œuvre le témoignage de sa reconnaissance.

En vertu d'une règle que j'ai toujours approuvée et dont pour la première fois je regrette un peu la rigueur, il est interdit à ceux qui ont l'autorisation de remplacer les ministres de les remplacer entièrement. Je ne puis donc pour cette raison vous apporter de distinctions honorifiques.

Je suis cependant autorisé à dire que ce n'est que partie remise, et qu'à la première occasion, qui sera sans doute prochaine, l'œuvre de l'École dentaire sera au premier rang de celles auxquelles le Ministère de l'Instruction publique accordera des récompenses.

Tout à l'heure, messieurs, l'un de vos maîtres indiquait avec une ironie très fine et très bienveillante que le ministre du Commerce vous accorde une subvention morale; il voulait dire par là qu'elle est bien infime en comparaison des dépenses de l'école. Il a ajouté que vous attacheriez cependant un certain prix à une subvention morale, qui vous serait accordée de même par le Ministère de l'Intérieur.

Cette fois je crois pouvoir dire que je suis absolument

convaincu que le ministre de l'Intérieur ne voudra pas être en retard avec le ministre du Commerce, tout en conservant la même modestie au sujet de cette subvention.

En des termes qui m'ont très vivement touché et vraiment ému, votre directeur adjoint a bien voulu rappeler les quelques efforts que j'ai faits en matière d'assistance.

En parlant du caractère spécial de votre œuvre qui touche l'assistance publique, je ne peux pas oublier qu'à côté de votre enseignement technique se trouve un dispensaire, que c'est dans la salle même de ce dispensaire qu'a lieu la cérémonie d'aujourd'hui, que c'est là que cette cérémonie trouve son véritable caractère.

Les années précédentes la fête se tenait dans une salle plus vaste et plus appropriée à de joyeux ébats.

Pour votre vingt-cinquième fête annuelle, c'était ici même que vous deviez vous réunir et non dans une autre salle plus belle et plus vaste, où la jeunesse aurait trouvé des sujets d'amusement variés. Pour ne pas diminuer l'importance de votre réunion, il était nécessaire que vous fêtiez vos noces d'argent dans la salle du dispensaire où 40.000 malades sont traités chaque année.

Et ces 40.000 personnes qui reçoivent vos soins ne peuvent pas dire que ces soins ne sont pas complets ; ce ne sont pas des soins d'urgence, comme on est contraint d'en donner dans la plupart des hôpitaux.

Ces soins que vous accordez préviennent même souvent une intervention chirurgicale.

Je me rappelle qu'il y a un grand nombre d'années — un trop grand nombre — quand j'étais au régiment, j'ai constaté avec une certaine surprise le nombre considérable de jeunes conscrits qui avaient une dentition vraiment déplorable. Beaucoup d'entre eux souffraient des dents, non d'une façon aiguë : ils avaient pris l'habitude d'en souffrir, il leur paraissait impossible de prétendre à ces soins, à eux pauvres jeunes gens, ayant trop de peine à gagner leur vie pour songer seulement à se les faire donner.

Il y a encore en France un nombre considérable de pau-

vres gens qui souffrent et qui supportent sans se plaindre ces terribles maux, dont chacun de nous a pu éprouver l'acuité. Ils n'envisagent même pas la possibilité d'obtenir de soulagement efficace, et ce n'est que dans les cas urgents qu'ils s'adressent aux hôpitaux. Je suis absolument convaincu qu'une œuvre aussi généreuse que la vôtre viendra à se développer dans toutes les villes de France, car les soldats, en France, ne sont guère favorisés au point de vue de la dentition.

Vous, les maîtres, vous formez non seulement de bons praticiens au point de vue de l'art dentaire, mais vous enseignez encore le désintéressement ; vous, les élèves, tout en apprenant votre art, vous faites en même temps votre apprentissage de la vie.

Vous pouvez voir qu'à côté de personnes ayant les moyens de se faire soigner, il en est d'autres qui ont le même titre à notre respect et à notre sympathie et qui n'ont pas les moyens de payer d'onéreux frais de médecins. Lorsque vous serez dispersés dans toutes les parties de la France, je suis convaincu que vous n'oublierez pas plus cet enseignement social que vous n'oublierez cet enseignement scientifique.

Votre maître disait tout à l'heure qu'il n'était point de la famille de ces esprits pessimistes et orgueilleux dont toute la renommée consiste à dire : « Je veux atteindre l'idéal et je ne veux rien faire d'autre. »

C'est une formule trop souvent adoptée par les orgueilleux ; vous ne serez pas de ces gens-là. Si l'on ne peut arriver tout d'un coup au but, il faut se contenter d'y arriver peu à peu, et, quand on s'occupe de ces œuvres d'assistance et de solidarité sociale, chaque pas que l'on fait en avant donne l'impression qu'on s'approche du but et il ne faut pas se lasser des efforts considérables nécessaires pour l'atteindre.

Messieurs, vous qui, à divers titres, participez à l'enseignement de l'école, qui, avec un désintéressement admirable, avez fondé cette institution et la faites prospérer,

au nom du ministre de l'Intérieur, du Gouvernement de la République, je vous remercie de votre aimable invitation et je vous félicite de ce que vous cherchez ici, dans ce dispensaire, à faire non seulement des praticiens habiles, mais également des hommes de bien. *(Applaudissements prolongés.)*

ALLOCUTION DE M. GODON

Directeur de l'Ecole.

Monsieur le Président,
Mesdames, Messieurs,

Au nom du Conseil d'administration et du Corps enseignant de l'Ecole dentaire de Paris, je vous souhaite la bienvenue dans cette maison, que l'on a pris l'habitude de considérer comme la maison commune des dentistes, parce que c'est là que se tiennent la plupart des grandes assises de la profession.

Nous vous remercions tous d'être venus assister à cette vingt-cinquième fête annuelle de réouverture des cours et de distribution des récompenses.

Nous vous remercions particulièrement, monsieur le Directeur, de l'honneur que vous nous faites en venant la présider. Nous devions avoir pour président M. le Ministre du Commerce ; mais, comme on l'expliquera tout à l'heure, les événements politiques l'ont, au dernier moment, empêché de venir. Nous nous étions adressés à lui, parce qu'il représente pour nous un des trois ministères auxquels ressortit notre institution.

En effet, si, comme établissement d'enseignement supérieur libre, nous dépendons du Ministère de l'Instruction publique, nous ressortissons également à la direction de l'enseignement technique, placée sous l'autorité du ministre du Commerce. C'est ce titre qui nous a valu le haut patronage des divers ministres de ce département, qui, tour

à tour, nous ont accordé une subvention annuelle et une médaille de vermeil remise dans cette séance, en leur nom, au meilleur de nos élèves. C'est à ce titre aussi que nous avons obtenu les plus hautes récompenses aux dernières expositions de St-Louis et de Liège. Mais, comme établissement charitable, nous dépendons, par notre dispensaire et nos services de mutualité, du Ministère de l'Intérieur.

Nous nous félicitons que ce soit M. le Ministre de l'Intérieur qui, comme M. Combes l'année dernière, ait accepté la présidence d'honneur de cette fête et ait bien voulu vous déléguer pour le représenter, vous qui dirigez l'important service de l'assistance et de l'hygiène publiques et qui vous êtes consacré depuis si longtemps, au Parlement, avec tant de compétence, aux questions de philanthropie et de mutualité.

Nous avons vu tour à tour nos fêtes annuelles présidées par des hommes éminents dans la science, comme MM. Trélat, Verneuil, Pinard, Brouardel, Debove, Gariel, etc.; par des hommes qui jouissent du respect et de la confiance publiques, comme MM. Brisson, Bourgeois, Combes, Chautemps, Millerand ; par des philanthropes, comme MM. Strauss et Mesureur, deux des plus fidèles amis de cette institution que je vois assis ce soir parmi nous et que je suis heureux de saluer et de remercier au nom de tous. (*Applaudissements.*) Il est aussi d'autres membres de notre comité de patronage qui, comme Paul Bert, Pozzi, Léon Labbé, Bourneville, par exemple, joignaient le double titre d'homme de science à celui d'homme politique.

C'est à ce double titre de médecin et d'homme politique que nous avions fait appel à M. Dubief et à M. le conseiller Navarre, qui avait bien voulu nous promettre de venir l'assister comme vice-président de cette fête. Sa qualité d'ancien président du Conseil municipal nous a permis de lui exprimer toute notre reconnaissance pour la preuve de sympathie que nous a donnée le Conseil municipal de Paris cette année, conformément à la promesse faite par le prési-

dent Desplas, l'année dernière, en rétablissant la subvention qui nous avait été accordée depuis 1884 et qu'une majorité de passage nous avait supprimée en même temps qu'à toutes les sociétés suspectes de libéralisme.

L'appui et les encouragements qu'ont apporté à notre œuvre les différents membres de notre Comité de patronage par leur présence ont d'autres causes que la présidence d'une simple distribution de prix. Permettez-moi de vous les rappeler le plus brièvement possible, car je ne veux pas retarder la satisfaction que vous éprouverez à entendre l'intéressante conférence de M. le professeur Sebileau, que nous sommes fiers de compter parmi les membres de notre corps enseignant. (*Applaudissements.*)

Nous fêtons ce soir, en même temps que notre école, le groupement professionnel auquel elle appartient. Or, ce groupement professionnel, qui représente plus de huit cents membres, est des plus complets. Il possède non seulement une institution d'enseignement pour la préparation des jeunes gens qui se destinent à l'exercice de l'art dentaire et un dispensaire pour le traitement gratuit des pauvres, mais encore une société scientifique, la Société d'Odontologie de Paris, et une revue bi-mensuelle, *L'Odontologie*, pour la recherche et la vulgarisation des méthodes nouvelles, une caisse de prévoyance pour soulager les confrères malheureux, une chambre syndicale pour la défense des intérêts corporatifs, un comité d'arbitrage. Il est intimement lié à notre si utile Fédération nationale et à notre belle Fédération internationale, qui sont dues, pour la plus grande part, à son initiative.

Tous ces organes sont basés sur le principe d'une mutualité absolue. Cette organisation professionnelle constitue un merveilleux instrument de défense des intérêts corporatifs et de propagande des principes qu'elle représente pour la réforme de l'art dentaire en France. Mais cette réforme et cette défense n'ont pas été poursuivies pour la satisfaction d'intérêts matériels immédiats, comme cela se produit pour certaines organisations syndicales. C'est en faisant appel

aux sentiments de liberté, de solidarité et de philanthropie des membres de la profession, que les fondateurs de ce groupement ont réuni autour d'eux ses premiers éléments. C'est en s'inspirant de ces sentiments élevés, auxquels elle est restée fidèle, que notre institution n'a cessé de poursuivre depuis vingt-cinq ans son œuvre rénovatrice, qui a été ainsi à la fois professionnelle, philanthropique et sociale.

Au point de vue professionnel, notre groupement s'est d'abord attaqué au problème de l'enseignement odontologique, en inscrivant dans ses principales revendications l'instruction intégrale du chirurgien-dentiste (médicale et technique) par l'Ecole dentaire, comme aux Etats-Unis, opposée à la conception très en faveur alors de la dentisterie enseignée, comme les autres spécialités médicales, à l'aide d'une simple chaire d'odontologie à la Faculté, pour la partie théorique, et de quelques services d'extractions dans les hôpitaux, pour la partie pratique.

Cette conception était admise au Ministère de l'Instruction publique et à la Faculté de médecine à cette époque. Les efforts incessants de notre groupement, en France avec la F. D. N., à l'étranger avec la F. D. I., autant que les succès obtenus par notre école, ont graduellement ramené à notre principe les représentants des administrations publiques qui y étaient les plus opposées.

M. le professeur Debove, l'éminent doyen de la Faculté de médecine, l'a déclaré dans son discours, il y a deux ans, en présidant cette séance. Le Ministère de l'Instruction publique y a donné, à son tour, une adhésion définitive par l'organe de la Commission de médecine et de pharmacie en acceptant, au mois de juin 1904, le projet de réformes que nous lui avons soumis. Il ne reste plus dans la profession que quelques esprits attardés « les voix du passé », comme on les a appelés spirituellement, qui soient encore les défenseurs de cette solution rétrograde.

Au point de vue philanthropique, notre groupement professionnel a créé, à côté de l'école, un dispensaire dentaire qui constitue, comme je vous le rappelais, notre

titre principal à l'estime et à la sympathie des pouvoirs publics, parce qu'il représente en matière d'assistance publique une réforme d'intérêt général qui ne laisse indifférent aucun de ceux qui ont les moindres sentiments d'humanité.

Il s'agit de la nécessité de faire profiter les pauvres dans les dispensaires et dans les hôpitaux, comme on le fait pour les riches dans les cabinets dentaires de la ville, de tous les bénéfices de la dentisterie complète (dentisterie opératoire et prothèse), au lieu de les condamner, comme on le fait encore trop souvent dans tous les services dentaires administratifs, aux simples extractions, c'est-à-dire à la *dentisterie d'urgence*.

Mon principal collaborateur et ami, M. le Dr Sauvez, qui a assumé cette année avec tant de courage, de compétence et de dévouement, la difficile direction administrative de cette école, vous décrira en détail les divers services de notre dispensaire et leur fonctionnement. (*Applaudissements.*)

Il me suffit de vous dire que, grâce aux efforts de ce groupement professionnel, le principe de la dentisterie opératoire complète pour les pauvres est bien près d'être généralement admis, et, malgré quelques dernières oppositions, on peut dire que là encore la vérité est en marche.

Enfin, au point de vue social, l'action de notre groupement a été considérable. Il a répandu parmi les élèves de cette école depuis vingt-cinq ans des idées de solidarité, de mutualité et de philanthropie ; il leur a enseigné une déontologie professionnelle nouvelle ; il leur a appris, en même temps que leurs droits, leurs devoirs envers eux-mêmes pour être des praticiens consciencieux, envers la clientèle pour être dignes de sa confiance, envers leurs confrères qui leur ont donné tout leur savoir et leur appui dès l'entrée dans la profession et à l'égard desquels ils ont contracté une dette de solidarité, enfin envers la société tout entière qui, en réglementant leur profession il y a treize ans, a accordé aux chirurgiens-dentistes un privilège dont ils doivent se montrer dignes.

Les membres de ce groupement le reconnaissent, non seulement en exerçant consciencieusement leur profession, mais encore en consacrant généreusement une partie de leur temps et de leur savoir professionnel, d'une part, au soulagement de ceux qui sont trop pauvres pour payer les honoraires du praticien, d'autre part, aux progrès de la science odontologique.

C'est, vous le voyez, monsieur le Président, et vous, messieurs, à autre chose qu'à une simple distribution de prix que nous vous avons conviés : c'est à la fête d'une école où les administrateurs et les professeurs, donnant tous l'exemple du dévouement et du désintéressement le plus complet, croient devoir enseigner à leurs élèves, en même temps que la dentisterie, la mutualité et l'altruisme ; c'est à la fête d'un groupement qui a entrepris une véritable œuvre de rénovation professionnelle et d'éducation civique, et qui veut montrer, au bout de vingt-cinq ans, tout ce qu'a produit, tout ce que continue à produire cette association de bonnes volontés qui s'inspirent des idées les plus élevées, les plus libérales, pour le bien public et l'évolution de la science odontologique. (*Vifs applaudissements.*)

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

GROUPEMENT FÉDÉRAL DES SYNDICATS DENTAIRES DE FRANCE

Nous avons reçu du secrétaire du Groupement fédéral des Syndicats dentaires le procès-verbal de la réunion qui a eu lieu à Dijon, que nous insérons intégralement ci-après.

Ce procès-verbal était accompagné d'une note qui semble être une sorte de déclaration de principes de ce nouveau Groupement. Nous en publions l'extrait qu'on trouvera ci-dessous et qui montre que, comme certains de ses délégués nous l'ont dit d'autre part, ce Groupement ne nourrit aucune pensée d'hostilité à l'égard de la F. D. N., ainsi qu'on aurait pu le croire au moment de sa fondation.

Il a paru aux fondateurs de ce Groupement que la F. D. N. avait pour mission plus spéciale de s'occuper des intérêts scientifiques de la profession et que cette tâche l'absorbait assez pour qu'il fût nécessaire de créer une autre Fédération s'occupant des intérêts matériels plus immédiats des dentistes.

Nous ne sommes pas bien sûr que cette division était nécessaire ; il nous semble qu'il aurait été plus simple de faire modifier par les votes des délégués l'orientation et la composition du bureau de la F. D. N. au lieu de se donner la peine d'en créer une nouvelle, d'autant plus que cette multiplicité de fédérations affaiblit plutôt l'influence des représentants de ses diverses sociétés et diminue les chances de réussite des revendications des dentistes.

Mais, puisque, d'après leur déclaration, nos confrères paraissent disposés à travailler non pas en opposition à la F. D. N., mais parallèlement à elle, nous ne pouvons que leur souhaiter bon succès et former le vœu que, malgré les principes de la géométrie, ces deux parallèles finissent par se rencontrer pour ne former qu'une seule ligne, au grand profit de l'intérêt général.

C. G.

Nous avons reçu du Secrétaire du Groupement fédéral des Syndicats dentaires de France, M. Bonnefoy, une note dont nous extrayons avec plaisir le passage suivant :

« Quelques membres importants de la profession ont pu croire que le Groupement fédéral se dressait belliqueusement en rival ou en ennemi acharné de telle ou telle autre association.

Pourquoi ?

Le soleil ne luit-il pas pour tous ?

Certaines fédérations ont pour programme bien spécialisé la partie scientifique. Le Groupement, lui, défend les intérêts généraux ? La différence est donc très grande entre les deux buts.

Que ces associations, fédérations ou groupements — peu importe le titre, — évoluent simplement dans leur sphère bien limitée, qu'elles apportent surtout dans leurs rapports mutuels beaucoup d'aménité, et tout sera pour le mieux dans le meilleur des mondes professionnels. »

Assemblée générale.

L'assemblée générale du Groupement fédéral des Syndicats dentaires de France, qui a eu lieu le 8 octobre à Dijon, a été précédée d'un déjeuner amical, présidé par M. Tournier-Daille, où la plus grande cordialité n'a cessé de régner.

Au dessert, M. Tournier-Daille, vice-président du Syndicat des dentistes de l'Est, prononce quelques paroles de bienvenue, au nom des confrères de l'Est et de la région, et porte un toast à la prospérité du Groupement.

L'assemblée générale procède ensuite à l'ouverture de ses travaux.

La séance est ouverte à 2 heures par le secrétaire correspondant. — Sont présents ou représentés :

1° *Syndicat des dentistes de l'Est.* — MM. Tournier-Daille, Liebaud, Dr Monnier, Gruter, Randon, Soleilland, Arnal et Fléty.

2° *Syndicat des dentistes de l'Ouest.* — MM. Sicard et Hamonet.

3° *Syndicat des dentistes du Dauphiné et de la Savoie.* — M. le Dr Eyssautier.

4° *Syndicat des dentistes du Sud-Est.* — M. Schwartz.

5° *Syndicat dentaire de Bordeaux.* — M. Papon, qui s'excuse et donne ses pouvoirs à M. Bonnefoy.

6° *Syndicat des chirurgiens-dentistes de France.* — MM. Bonnard, Bruel et de Croës.

Voici sommairement le résultat des travaux de l'assemblée :

1° *Election du bureau de la séance.* — Sont nommés : *Président :* M. Liebaud, de Châtillon-sur-Seine, président du Syndicat de l'Est. *Vice-président :* M. Schwartz, de Nîmes, président de l'Association du Sud-Est. *Secrétaire :* M. Bonnefoy, de Paris, secrétaire correspondant du Groupement. *Secrétaire adjoint :* M. Arnal, de Dijon.

2° *Vérification des pouvoirs.* — Le secrétaire correspondant donne la liste des membres délégués par chaque syndicat, et lecture d'une lettre de M. Papon, président du Syndicat dentaire de Bordeaux, lui donnant pleins pouvoirs pour le représenter.

3° *Adhésion définitive des syndicats fondateurs. Candidatures.* — Tous les syndicats fondateurs ayant adressé leur adhésion conformément aux statuts font définitivement partie du Groupement. Quant aux candidatures, plusieurs syndicats ont répondu à l'avis de fonda-

tion qui leur a été adressé, mais en s'excusant de ne pouvoir agir, sans l'assentiment de leur assemblée générale.

4° *Rapport du secrétaire correspondant.* — Rapport très court, vu la date récente de la fondation du Groupement ; en quelques lignes, il indique les démarches faites pour favoriser l'extension de la fédération.

Sur la proposition de M. Bonnefoy, l'assemblée vote des remerciements à la presse professionnelle, pour l'hospitalité accordée dans ses colonnes aux différentes notes concernant la fondation du Groupement, et pour le service régulier et gratuit organisé en sa faveur.

Compte rendu financier tout à fait succinct.

5° *Revision des statuts.* — La discussion sur la revision des statuts est très animée. Tous les membres présents y prennent une part active. En résumé, l'idée fondamentale reste toujours la même ; seuls, quelques changements de détail sont adoptés.

Il est décidé qu'une note explicative sera annexée aux statuts.

6° *Fixation du lieu de la prochaine assemblée générale.* — Le Syndicat des dentistes de l'Ouest propose Paris, en expliquant les avantages qu'il y aurait à choisir cette ville (communications directes, fournisseurs, etc., etc.).

Le secrétaire correspondant donne lecture d'une lettre de M. Vichot proposant Grenoble ; M. Schwartz demande que la réunion ait lieu à Marseille à l'occasion de l'exposition coloniale.

Il est procédé au vote par bulletins secrets.

Paris est adopté par une voix de majorité.

7° *Election du secrétaire correspondant.* — M. Bonnefoy est élu à l'unanimité.

8° *Questions diverses : Baccalauréat.* — M. de Croës donne lecture d'un rapport sur le baccalauréat, rapport où sont relatés tous les efforts et toutes les démarches faits par le Syndicat des chirurgiens-dentistes de France jusqu'à ce jour, afin de faire aboutir le projet d'adoption du baccalauréat, pour l'admission dans les écoles professionnelles.

L'assemblée, après avoir entendu avec intérêt la lecture de M. de Croës, décide que le Syndicat demandeur adressera ce rapport au secrétaire correspondant, qui, conformément aux statuts, l'expédiera à chacun des syndicats adhérents, lesquels nommeront des délégués, qui discuteront et feront le nécessaire pour faire aboutir la question.

La séance est levée à cinq heures.

Le secrétaire,
L. BONNEFOY.

NOUVELLES

La réforme des conditions d'admission dans les écoles dentaires.

On a répandu récemment le bruit que, à partir de l'année prochaine, le baccalauréat serait le seul titre universitaire admis pour l'entrée dans les écoles dentaires. Emus par cette nouvelle, plusieurs pères de famille, dont les fils se préparaient au certificat d'études secondaires, se sont adressés à *L'Odontologie* pour avoir des renseignements au sujet de la réalité de cette modification importante capable d'apporter un trouble notable dans les études de leurs enfants.

Nous avons pu les assurer que, à l'heure actuelle, aucun décret modifiant l'entrée dans les écoles dentaires n'était paru et que les projets de réforme des études dentaires actuellement à l'étude ne comportaient pas, à notre connaissance, une modification ni aussi immédiate, ni aussi radicale des conditions d'admission.

Nous avons tenu néanmoins à avoir des renseignements précis au sujet de l'exactitude des bruits que l'on nous signalait et, à cet effet, nous nous sommes rendu au Ministère de l'Instruction publique, à la direction de l'Enseignement supérieur, où une personnalité des plus qualifiées nous a fait les déclarations suivantes, qui en démontrent l'inexactitude absolue :

« Il y a en effet, comme vous le savez, des projets de suppression » du *certificat d'études secondaires*, mais cette réforme est loin d'être » prête à entrer en vigueur, car elle est liée à tout un projet de ré- » forme des études et des examens dentaires, projet qui doit être » soumis au Conseil supérieur de l'Instruction publique, après avoir » été revu à nouveau par la Commission de médecine et de phar- » macie. Or, le Conseil supérieur de l'Instruction publique ne » pourra examiner ce projet, au plus tôt, qu'en juillet prochain et, ainsi » qu'il est d'usage dans toutes les réformes universitaires, et, comme » cela a eu lieu pour les pharmaciens et pour les sages-femmes, il y aura » une période de deux ou trois ans, à partir du décret, pendant la- » quelle ce certificat d'études secondaires continuera à être admis » pour se faire inscrire dans les écoles dentaires.

» Mais, dans ce projet de réformes, on ne supprimera que le *certifi- » cat d'études secondaires* qui ne répond pas à un plan d'études bien » déterminé, surtout depuis le remplacement facultatif du latin par » une langue vivante ; on laissera par contre subsister le *certifical » d'études primaires supérieures* comme diplôme donnant le droit de » prendre ses inscriptions dans une école dentaire, parce que ce cer- » tificat répond à un cycle complet d'études primaires, comme le » baccalauréat répond à un cycle complet d'études secondaires.

» Au sujet du baccalauréat M. Godon avait signalé devant la

» Commission de médecine et de pharmacie que le baccalauréat » sciences langues vivantes répondait plus particulièrement aux be- » soins de l'enseignement dentaire ; mais, tous les baccalauréats don- » nant droit à l'entrée des diverses catégories d'enseignement supé- » rieur, il ne pourra être fait une exception pour l'art dentaire.

» En résumé, nous dit en terminant notre interlocuteur :

» 1° Il n'y a rien de prêt à passer en ce qui concerne la suppres- » sion du certificat d'études secondaires ;

» 2° Lorsque celui-ci sera supprimé, il y aura une période transi- » toire d'au moins deux ans pendant laquelle ce diplôme sera encore » admis pour se faire inscrire dans les écoles dentaires ;

» 3° La réforme en préparation ne vise que le *certificat d'études se- » condaires* et non le *certificat d'études primaires supérieures*, qui res- » tera toujours, concurremment avec le baccalauréat, comme diplôme » exigé à l'entrée des écoles. »

Ces déclarations, puisées à une source des plus autorisées, sont, comme on le voit, intéressantes à connaître pour tous les jeunes gens qui se destinent à entrer dans les écoles dentaires. M. R.

Association générale des Dentistes de France.

Les diplômés de l'École dentaire de Paris faisant leur service militaire et désirant entrer dans le service d'infirmerie sont priés, s'ils font partie de l'Association générale des Dentistes de France, d'en manifester le désir à son président, qui se chargera des démarches nécessaires pour faciliter leur admission.

École de chirurgie dentaire de l'Université Laval.

L'ouverture officielle des cours de chirurgie dentaire a eu lieu à l'Université Laval, à Montréal, au milieu d'un concours nombreux de médecins et d'étudiants en dentisterie, sous la présidence de M. le Dr E. Dubeau.

Etaient présents : le consul de France, les autorités académiques, MM. les Drs Gendreau, Nolin, Leblanc, Lemieux, Stevenson de l'Université Mac Gill, Décarie, Hébert, sculpteur, etc.

M. Dubeau a rendu compte de l'accueil qu'il a reçu des dentistes français et en particulier des professeurs de l'Ecole dentaire de Paris ; il a fait part des dons de livres, de pièces et de modèles qui lui ont été faits par MM. Viau, Roy, Lemerle, Choquet, Delair, Amoedo, Rolland, Pont, etc., et il a exprimé l'espoir de voir tous ces confrères au Congrès dentaire du Canada à Montréal en 1906.

M. Nolin a fait une conférence sur la situation actuelle de l'art dentaire.

Le vice-recteur Daut a encouragé les élèves à s'appliquer aux études

qu'ils poursuivent, et leur a conseillé l'esprit d'union dans leurs rapports.

Le consul de France a démontré la supériorité de la profession dentaire.

Rappelons que cette école a été affiliée à l'Université Laval, il y a deux ans, et compte déjà trente élèves venus de toutes les parties du Canada.

Certificat d'études.

Nous avons le plaisir d'apprendre que, sur 34 candidats préparés par M. Debraux au certificat d'études exigé des étudiants en chirurgie dentaire pour leur entrée dans les écoles dentaires et qui se sont présentés à la session de novembre 1905, 19 ont été reçus, ce qui porte à 50 le nombre total de ses admissions pour la présente année.

Nous apprenons de même que, sur 42 candidats préparés par M. le Dr Lombard et qui se sont présentés à cette session, 35 ont été reçus, ce qui porte à 59 le nombre total de ses admissions pour 1905.

Société d'Odontologie.

Séance du 21 novembre 1905.

La Société d'Odontologie de Paris a tenu sa séance mensuelle le 21 novembre à 8 heures 1/2 du soir, sous la présidence de M. Frey, président.

Après lecture de la correspondance, *M. Delair*, président sortant, prononce une allocution, après laquelle *M. Frey* expose sa conception de l'état futur de la profession dentaire.

Dans un rapport très détaillé, *M. Platschick* rend compte des travaux du Congrès de Hanovre.

A propos de la communication du Dr Herbst, de Brême, sur les ponts à capsule, dont il cite des extraits, *M. Godon* communique les bons résultats qu'il a obtenus chez une malade qui depuis vingt ans porte sans inconvénient aucun un appareil à plaque fixé avec du ciment.

M. Delair expose ensuite deux cas tout à fait remarquables de prothèse chirurgicale : remplacement par une plaque d'or, dans le premier cas, d'une notable portion du frontal (présentation du malade), dans le deuxième cas, d'une portion d'un pariétal dans toute son épaisseur.

Il a eu recours, pour la fixation de ces plaques, à une méthode dont il est le promoteur. M. Delair présente d'intéressantes radiographies montrant les appareils en place, l'un au bout de trois ans, l'autre après quelques mois.

M. Boileau fait une étude des principes des pompes à salive, et insiste sur les simplifications que l'on peut leur faire subir.

M. Revertega, au nom de *M. Izambart* (de Rochefort), présente une pince coupante d'un modèle nouveau.

M. Godon présente, au nom de M. Dehógues, une boîte d'instruments en métal et en verre pour étudiants.

La séance est levée à 11 h. 1/2.

25e ANNÉE. N° 23 15 DÉCEMBRE 1905 VOL. XXXIV

L'ODONTOLOGIE

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

TRAVAUX ORIGINAUX

CONSIDÉRATIONS SUR L'ACTION MÉCANIQUE DE LA MACHOIRE ET SES APPLICATIONS A L'ART DENTAIRE

Par CH. GODON,

Directeur de l'École dentaire de Paris.

(Communication au Congrès de Cherbourg de l'A. F. A. S. et à la Société d'Odontologie de Paris.)

I. *Considérations générales.* — II. *Conditions d'équilibre articulaire des dents dans les arcades dentaires.* — III. *Conséquences pathologiques de la rupture de cet équilibre.* — IV. *Méthode opératoire pour le maintenir ou le rétablir. Applications à la dentisterie opératoire et à la prothèse dentaire.* — V. *Conclusions.*

I. — CONSIDÉRATIONS GÉNÉRALES.

L'étude de l'action mécanique de la mâchoire et de ses diverses applications à l'art dentaire est devenue très complexe. Nous l'avons déjà abordée l'année dernière dans une première communication sur les travaux de Bonwill[1]. Aujourd'hui, nous avons l'intention de présenter quelques considérations nouvelles résultant de nos observations personnelles et des travaux les plus récents qui ont été publiés sur ce

1. Ch. Godon. Considérations sur l'articulateur Bonwill et ses applications en prothèse dentaire. *Odontologie*, 30 juin, 30 juillet et 15 août 1904.

sujet. Nous essayerons d'en dégager une conception générale qui en constitue la synthèse. Cette conception nous paraît de nature à apporter quelque clarté dans cette question encore obscure par bien des côtés. Nous comptons y revenir ultérieurement [1].

Il a été publié sur le mécanisme de la mâchoire, quoique dans des voies différentes, de très intéressants travaux depuis quelques années dans les revues françaises et étrangères. Un certain nombre d'auteurs ont ainsi apporté à cette étude d'excellentes contributions qui l'éclairent maintenant d'un jour nouveau. Les idées des anatomistes et des physiologistes se sont successivement modifiées à ce sujet par suite des travaux divers sur l'articulation temporo-maxillaire, le mode de fixation des dents dans les alvéoles, les rapports des arcades dentaires, etc.

Ainsi, en ce qui concerne l'articulation temporo-maxillaire, « jusqu'au XVIII[e] siècle, on avait pensé que dans le mouvement d'abaissement les condyles de la mâchoire inférieure tournaient autour de leur grand axe. Ferrein en 1744 établit péremptoirement qu'ils tournent autour d'un axe idéal et transversal situé beaucoup plus bas et dont les extrémités correspondent à peu près à l'entrée des conduits dentaires inférieurs [2] ». Puis les travaux de Gosselin sur le fibro-cartilage interarticulaire (1844), de Nélaton sur le mécanisme de la luxation, ont modifié les idées admises jusqu'alors. « Henke et plus récemment Luce, de Boston, ont

1. La communication que nous avons présentée à la session de Cherbourg de l'A. F. A. S. sur cette question se composait surtout de quelques notes hâtives et des trois observations que l'on trouvera plus loin, le temps nous ayant fait défaut pour terminer ce travail. Pendant les vacances, nous avons repris et développé les diverses considérations et conclusions que nous avions présentées; la lecture des principaux auteurs qui, depuis dix ans, se sont occupés à des titres divers de la question et que nous avons cités dans ce travail n'a fait que confirmer dans notre esprit la conception générale que nous n'avions fait qu'indiquer alors.

Le bureau de la Société d'Odontologie de Paris a remis à la séance de janvier, après sa publication, la discussion de cette communication afin qu'elle puisse être, avant cette séance, portée à la connaissance de tous les membres que la question intéresse.

2. Ph. C. Sappey, *Articulation temporo-maxillaire, Traité d'anatomie descriptive*. Paris, 1888.

démontré, le premier par le calcul géométrique, le second par le tracé photographique, l'existence des mouvements combinés de propulsion et d'abaissement [1]. Ch. E. Luce signala certaines erreurs existant dans les descriptions de l'articulation temporo-maxillaire, telle qu'elle était faite par les anatomistes et les physiologistes [2] ».

En ce qui concerne les dents et l'articulation alvéolo-dentaire, des conceptions nouvelles ont remplacé celles des auteurs du commencement du siècle dernier, J. Hunter, Fox, Oudet, Blandin, etc., à la suite des travaux de J. Tomes, de Magitot et surtout de ceux d'Aguilhon de Sarran et de Malassez sur le périoste avéolo-dentaire ; celui-ci a été considéré depuis comme un ligament articulaire et le mode de fixation des dents comme une véritable articulation : *l'articulation alvéolo-dentaire.*

De leur côté, les prothésistes ont été amenés par les nécessités journalières de leurs applications techniques à chercher à pénétrer davantage l'intimité des phénomènes articulaires de la mâchoire et à contrôler les rapports des diverses articulations de l'appareil de mastication. C'est ainsi que W. Bonwill, désirant construire pour les besoins de la prothèse dentaire un *articulateur anatomique*, a trouvé les règles qu'il a formulées depuis sur la forme géométrique du maxillaire inférieur et les rapports des dents et des arcades dentaires dans leur occlusion normale et dans leurs divers mouvements d'articulation [3]. Ces lois n'ont pas été toutes admises sans conteste. Elles eurent au moins le mérite d'appeler l'attention des chercheurs et de provoquer la production de travaux extrêmement intéressants pendant ces dix dernières années ; nous citerons quelques-uns des

---

1. Nicolas, *Articulation temporo-maxillaire*, *Traité d'anatomie humaine*, Paul Poirier. Paris, 1896.

2. Dr Luce, *Boston Medical and chirurgical journal*, nov. 1889.

3. W. Bonwill, 1er et 2e Congrès International, Paris, 1889 et Chicago, 1893. Société d'Odontologie de Paris, 1897. — V. Grant Molyneaux, « the Bite or Occlusion, American text book of Prosthetic Dentistry », par Ch. J. Essig, London, 1897. — Amoedo, Congrès de Montauban de l'A. F. A. S., 1902. — Martinier, *Clinique de prothèse. Manuel du chirurgien-dentiste* de Ch. Godon, 1904.

principaux qui nous intéressent particulièrement dans cette communication.

Le premier et le plus important travail est celui du Dr Walker, de Pass Christian, Miss., qui, dans trois articles parus dans le *Dental Cosmos* de 1896 et de 1897 étudiant successivement *la cavité glénoïde, les mouvements de la mandibule et les cuspides des dents, les lignes et les angles faciaux dans leurs rapports avec la dentisterie*, signala notamment les variations qui existaient dans le parcours des condyles dans la cavité glénoïde, non seulement chez des individus différents, mais chez le même individu et par suite démontra les inexactitudes de l'articulateur de Bonwill. Il proposa un nouvel *articulateur physiologique*, ainsi que son *clinomètre facial* destinés à obtenir une articulation correcte dans la construction des dentiers artificiels[1]. Le professeur Hesse, de Leipzig, dans une communication au Congrès dentaire international de Paris en 1900, étudia à son tour les mouvements de mastication du maxillaire inférieur et les règles qui en résultent pour la prothèse; par des expériences ingénieuses il contrôla les divers mouvements masticatoires et confirma la plupart des données de Bonwill et l'utilité de son articulateur [2]. C. S. Tomes et W. H. Dolamore [3], à la Société Odontologique de la Grande-Bretagne en 1901, présentèrent quelques observations sur les mouvements de la mandibule, le parcours des condyles dans la cavité glénoïde, et ses variations, l'influence des ligaments et des muscles, etc. Cette communication était terminée par des conclusions qui suscitèrent une polémique et une étude critique intéressante de la part de T. E. Constant au meeting annuel de la British Dental Association auquel nous

---

1. W. E. Walker, *Prosthetic Dentistry ; the Glenoid Fossa ; the Movements of the Mandible ; the Cusps of the Teeth*. Dental Cosmos, janv. 1896. — *Movements of the Mandibular Condyles and Dental Articulation*, juillet 1896. — *The Facial Lines and Angles, Prosthetic Dentistry*, oct. 1897.

2. Pr Hesse, 3e Congrès dentaire international, Paris 1900.

3. « Some observation on the motions on the mandible » by MM. Tomes and Dolamore (Meeting of the Odontological Society of Great Britain, 22 avril 1901). Journal B. D. A., mai 1901, p. 253.

prîmes part. Ce meeting fut tenu à Londres en août 1901 [1] en même temps que la 2e session de la Fédération dentaire internationale.

Nous signalerons également au milieu d'autres travaux dus à des auteurs anglais la méthode pour inscrire graphiquement les mouvements des condyles mandibulaires sur les sujets vivants présentée par G. G. Campion en 1902 et en 1904 au Congrès de St-Louis [2], et la communication sur l'anatomie et la physiologie de l'articulation de W. Wallace en 1904 [3]. Nous ne devons pas oublier les travaux importants de Choquet pour démontrer les rapports entre l'articulation inter-dentaire des arcades dentaires et l'articulation temporo-maxillaire [4], ainsi que l'étude sur l'arc dentaire chez l'homme, par A. Siffre [5]. Nous ajouterons à cette liste, Schwarze de Leipzig [6], Gritman, Christiensen [7], Weiss [8], et dernièrement Kôrbitz de Berlin [9], etc., qui se sont atta-

1. « A criticism of the recent papers » by C. S. Tomes and W. Dolamore upon the motions of the mandible (Read at the annual general meeting held in London, août 1901), by T. E. Constant (Scarborough). Journal of the British Dental Association, 16 sept. 1901, page 489.

« A note upon a misunderstood movement of the temporo-mandibular joint » by T. E. Constant (Annual General Meeting of the B. D. A. Leeds 1900).

« The difficulties met with in obtaining correct bites » (Read at the meeting of the Metropolitan Branch 31 oct. 1900) by F. Barrett.

« On the movements of the mandible » by Charles S. Tomes S. (Journal of the B. D. A., p. 340).

2. « A method of Recording graphically the movements of the mandibular condyles in the living subject » by George G. Campion L. D. S. (Journal of the B. D. S., 15 déc. 1902, p. 713).

« Some essentials of a good articulator » by Dr C. H. Preston (Dental Record, juin 1902, p. 261).

« Some graphic records of movements of the mandible in the living subject and their bearing on the mecanism of the joint and the construction of articualtors » by George G. Campion L. D. S. Manchester (Read before Section I of the Fourth International Dental Congress, St-Louis 30 août 1904) *Dental Cosmos*, janv. 1905, p. 39.

3. « The anatomy and Physiology of the normal human dental articulation and their bearing on articulators » by W. Wallace M. A. M. B. C. M. L. D. S. Glasgow (Paper read before the Scottish Branch, Glasgow, 25 février 1904) Journal of the B. D. A., 1904, p. 324.

4. Choquet, *Odontologie*, 1904 et Précis d'*Anatomie dentaire*. Paris, 1903.

5. A. Siffre, *Contribution à l'étude des anomalies dentaires*, Paris, 1901.

6. IXe Congrès international de médecine.

7. *Quaterly Circular*, 1901, Le Laboratoire, Paris, août 1905, *Dental Cosmos*, 1905.

8. Weiss, *Odontologie*, 1904.

9. Congrès du Central Verein, Hanovre 1905.

chés surtout à déterminer les règles de construction d'un véritable articulateur physiologique reproduisant exactement et « *individualisant* » les divers mouvements de la mâchoire. Ils en ont soumis chacun un modèle nouveau pour remédier au défaut d'exactitude reproché généralement à celui de Bonwill. La plupart de ces auteurs ont ainsi, comme Walker, reconnu les variations qui existent dans le parcours des condyles dans la cavité glénoïde.

Un certain nombre d'autres travaux ont aussi des rapports avec le mécanisme de la mâchoire, mais en se plaçant à un point de vue un peu différent : celui de la dentisterie opératoire, comme la communication de Förberg, de Stockholm [1], de I. Davenport [2], consacrées à démontrer les inconvénients de l'extraction, du limage, la nécessité de reconstituer les contacts naturels des dents par les obturations et les aurifications de contour, ou encore celle de Frey, sur les conséquences pathologiques de la malocclusion, de l'articulation inter-dentaire avec l'articulation temporo-maxillaire [3].

Puis les spécialistes de la pyorrhée alvéolaire, comme Younger, Ames, de Chicago [4], Rhein, de New-York [5], etc., ont montré à leur tour l'importance d'une articulation correcte en faisant du redressement et de l'immobilisation des dents déviées et ébranlées une des bases principales du traitement de la polyarthrite alvéolo-dentaire.

Enfin les derniers travaux des orthodontistes, Calvin Case,

---

1. Dr E. Forberg, de Stockholm, *L'Extraction symétrique des premières molaires permanentes est-elle fondée ? Odontologie*, 1902.

2. I. Davenport, *De l'importance de la forme et de la disposition naturelles des arcades dentaires de l'homme avec considérations sur les altérations qui peuvent résulter du limage ou de l'extraction des dents. Revue Odontologique.* Paris, 1888.

3. L. Frey, *Rapports pathologiques entre l'articulation temporo-maxillaire et les dents. Odontologie*, sept. 1902.

4. « Bridge work as. a possible factor in the cure of Pyorrhea Alveolaris » by W. V. B. Ames. D. D. S. Chicago. *Dental Cosmos*, mai 1903 (Read before the New-York Odontological Society at its monthly meeting, nov. 18 1902).

5. M. L. Rhein de New-York, Splinting Loosened teeth in Pyorrhea alveolaris, *Dental Cosmos*, mai 1903. Congrès de Montauban de l'A. F. A. S.

Guilford, Goslee [1], Goddard [2], etc., et surtout ceux d'Angle et de ses élèves [3], sur la valeur de l'occlusion normale des mâchoires au point de vue de la classification, du diagnostic et du traitement des irrégularités dentaires, ont achevé de préciser la question.

L'importance des lois qui régissent l'action mécanique des mâchoires et les rapports des arcades dentaires et des dents entre elles s'est précisée par une évolution graduelle de nos connaissances, à laquelle ont contribué depuis ces dernières années des auteurs des différents pays dont nous venons d'énumérer brièvement les travaux principaux. Il en est résulté une conception nouvelle au sujet des conditions d'intervention du chirurgien-dentiste sur les dents considérées davantage dans leur ensemble au point de vue de leurs fonctions, conception que nous nous proposons de démontrer.

Il se dégage de ces diverses études, comme on le verra dans le cours de ce travail, un principe général qui domine

---

1. « Substitutions artificielles pour les dents manquantes en orthodontie », par Hart J. Goslee D. D. S. Chicago.

2. C. L. Goddard, *Orthodontia exclusively as an operative procedure. American text-book of operative dentistry edited by* Ed. C. Kirk. Philadelphia, 1900.

« Mac Bride », les progrès modernes en orthodontie. *Odontologie*, février et août 1905 et *Dental Review*.

« Principles and technic of retention in orthodontie », par Calvin S. Case, D. D. S., M. D. Chicago. *Dental Cosmos*, juin 1905.

« Orthopédie dento-faciale », par Calvin S. Case, 3e Congrès dent. int., Paris, 1900.

« Classification of maloclusion », par E. Angle. *Dental Cosmos*, mars et avril 1899.

« L'importance des premières molaires dans leurs relations avec l'orthodontie », par Ed. H. Angle M. D. D. D. S. St-Louis, *Dental Cosmos*, mars 1903.

3. « Les lois de l'articulation en orthodontie », par Herbert A. Pullen D. M. D. Buffalo, N. Y.

« Quelques points concernant l'occlusion », par William J. Brady D. D. S. Iowa City.

« Une revue critique », par Richard Summa D. D. S.

« Le mouvement distal des molaires et des bicuspides », par Lloyd S. Lourie D. D. S. Chicago.

« Une classification des principes et des forces de rétention », par Dewey Keokula, Iowa.

« The American Society of Orthodontists ». « Comptes rendus of the first, second, third annual meetings », St-Louis, Philadelphie, Buffalo, 1901-1902-1903.

« Etude étiologique de quelques anomalies dans les dents humaines », par Dr José J. Rojo, *Dental Cosmos*, juin 1905.

« Norman W. Kingsley, Oral Deformities. »

toute la physiologie, la pathologie et la thérapeutique de l'odontologie, savoir: *la nécessité impérieuse de conserver ou de rétablir l'équilibre articulaire des dents dans les arcades dentaires et l'intégrité de leur engrènement normal dans les divers mouvements des mâchoires, afin, d'une part, de maintenir l'état de santé des dents, et, d'autre part, d'assurer le fonctionnement régulier et complet des mâchoires et leur action mécanique dans la mastication, acte important de la digestion, tout en conservant la régularité des traits et l'harmonie du visage, qui dépendent dans une certaine mesure de l'harmonie du système dentaire.*

On peut dire qu'il y a là une étape nouvelle dans l'évolution scientifique de l'odontologie. La science vient apporter ses formules exactes, expliquer et modifier les pratiques dues jusqu'alors à l'empirisme, indiquer l'utilité de nouvelles interventions dans les cas où le praticien se croyait impuissant.

Nous nous sommes efforcé de faire dans ce travail une étude d'ensemble, quoique forcément résumée, de cet intéressant mouvement scientifique de l'évolution de la dentisterie moderne et de ses applications variées, en y apportant notre contribution personnelle.

II. — De l'action mécanique des machoires dans la mastication et des conditions d'équilibre articulaire des dents dans les arcades dentaires.

Nous n'avons pas l'intention d'aborder les multiples problèmes de mécanique au point de vue de la statique et de la dynamique que soulève cette question si complexe du mécanisme de la mâchoire.

D'ailleurs la variabilité des points d'application des forces, de leur intensité et de leur direction dans les divers mouvements de l'articulation temporo-maxillaire, d'individu à individu et même du côté droit au côté gauche du même individu comme cela a été constaté, rendent à peu près im-

possible toute précision mathématique. Du reste ces difficultés ont déjà été signalées par les auteurs qui se sont occupés de la question à ce point de vue.

Il nous suffit de savoir que la mâchoire humaine peut être comparée à un appareil de mécanique assez compliqué composé de leviers articulés, que des forces, les muscles masticateurs, mettent en mouvement pour vaincre des résistances, les aliments à triturer, et que les lois de la statique et de la dynamique sont applicables à cet appareil tant pour maintenir en équilibre les multiples pièces qui le composent que pour les mettre en mouvement. Dans ces deux cas, les forces qui les sollicitent sont soumises à ces mêmes lois, comme s'il s'agissait d'un appareil de mécanique ordinaire en ce qui concerne leur point d'application, leur direction, leur intensité, les résultantes des différents systèmes de forces en présence, etc.

Cette constatation générale suffit pour appuyer les considérations physiologiques que nous voulons mettre en lumière, ainsi que les déductions que nous prétendons en tirer pour les applications pratiques qui en résultent et les préjugés divers qu'elles sont appelées à détruire.

Nous laisserons également de côté les descriptions anatomiques déjà connues et pour lesquelles nous renvoyons aux ouvrages spéciaux.

Mouvements articulaires, leviers, puissance, résistance. — Le mécanisme de la mâchoire pendant la mastication consiste dans les divers mouvements des leviers et articulations de l'appareil dentaire produits par l'action des muscles masticateurs.

Les mouvements généraux qu'exécute la mâchoire humaine pendant la mastication, considérés au point de vue des plans articulaires des arcades dentaires, sont au nombre de quatre, savoir :

1° Mouvement d'abaissement et d'élévation ;
2° Mouvement de propulsion et de rétropulsion ;
3° Mouvement de diduction ou de latéralité à droite ;
4° Mouvement de diduction ou de latéralité à gauche.

Ces mouvements résultent de l'action des muscles masticateurs et des mouvements du condyle dans la cavité glénoïde de l'articulation temporo-maxillaire. Celle-ci se décompose en une articulation temporo-méniscale et une articulation maxillo-méniscale.

Les mouvements d'abaissement ou d'élévation, de propulsion ou de rétropulsion du maxillaire inférieur, sont le résultat du jeu produit dans les deux articulations méniscales simultanément. Les mouvements de diduction sont les plus complexes et cependant les plus habituels dans la mastication [1].

La mâchoire inférieure agit ainsi à la manière d'un marteau sur une enclume (le maxillaire supérieur). — On les compare également aux deux mors d'une pince ou d'un étau dont l'un des mors est fixe et l'autre mobile. C'est un levier coudé dont le point fixe est en arrière vers la branche montante de l'os, la puissance, représentée surtout par les muscles masséter et temporal, a son point d'application vers le bord antérieur de cette branche montante; la résistance peut se trouver en des points différents suivant qu'il s'agit: 1° d'un aliment à diviser; dans ce cas, la résistance siège au niveau des incisives (levier du troisième genre, levier interpuissant); 2° d'une masse alimentaire à broyer; la résistance est au niveau des molaires; le bras de levier de la résistance est raccourci, alors que le bras de levier de la puissance conserve la même longueur. Lorsque la résistance est au niveau des dernières molaires, les fibres du masséter peuvent se trouver antérieures à la résistance; dans ce cas, le levier maxillaire devient du deuxième genre (levier interrésistant [2]).

L'apophyse coronoïde sert de bras de levier à la puissance élévatrice du maxillaire et se meut en avant et en dehors.

Pour nous rendre compte de l'utilisation des forces, nous

1. Wicart, *Mécanique dentaire, Anatomie et physiologie de la bouche et des dents*. Sauvez, Wicart et Lemerle, Paris, 1905. *Manuel du chirurgien-dentiste* de Ch. Godon.
2. Mathias Duval, *Physiologie*.

reproduisons la figure ci-dessous extraite d'une communication *sur l'importance du travail mécanique dans la digestion* du Dr A. Mora [1] (fig. 1).

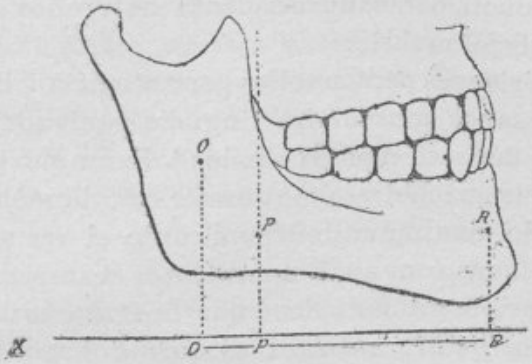


Fig. 1.

Dans cette figure, le point d'appui ou plutôt le centre de rotation, les points d'application de la puissance et de la résistance sont projetés sur une ligne horizontale XY. La projection OP est le bras de levier de la puissance, et la projection OR est celui de la résistance.

Dans les considérations théoriques qui suivent et les formules qui les accompagnent, l'auteur démontre que, dans l'action de la mastication, le rendement de la puissance dépensée n'est que de 1/5 à l'extrémité du maxillaire inférieur, au niveau des incisives, alors qu'il est de 1/4, 1/3, 1/2 à mesure qu'on rapproche successivement R de P, c'est-à-dire qu'on place l'aliment au niveau des canines, des prémolaires ou enfin des molaires pour le broyage où le rendement est le plus considérable.

Davis, dans un article sur l'articulation, cite Black au sujet de la somme de force que les dents naturelles et artificielles sont capables d'exercer. Il dit que la pression qui peut être obtenue entre les molaires d'un dentier artificiel complet du haut et du bas est de vingt à trente livres, et qu'avec un haut artificiel et un bas naturel quarante livres de pression sont possibles, tandis qu'entre les dents natu-

1. *Odontologie*, mars 1895.

relles, les mâchoires sont capables de donner un pouvoir écrasant de 150 à 270 livres[1]. On peut ajouter qu'avec un appareil à pont fixe (Bridge-work) on se rapproche davantage du pouvoir écrasant des dents naturelles qu'avec un dentier artificiel mobile.

Des expériences personnelles permettent à Siffre de dire que la puissance musculaire linguale équivaut à un kilogramme et dépasse même ce poids[2]. Enfin Mora ajoute :

« Les deux mâchoires étant armées de la même manière fourniront le maximum de travail utile si les surfaces de contact des dents sont aussi nombreuses et aussi développées qu'il est possible ; il faut donc que *le tranchant des incisives, la pointe des canines et celle des molaires viennent s'imbriquer, s'engréner l'une sur l'autre de manière à couper, arracher et broyer* les corps interposés entre leurs surfaces de contact comme entre les branches des ciseaux ou les rainures des cylindres écraseurs ; de sorte qu'il ne peut y avoir symétrie de position, mais seulement conjugaison de position entre les deux mâchoires et que l'une doit en quelque sorte emboîter l'autre[3]. »

Importance de la mastication. — Quelques remarques sur la mastication rappelleront utilement ici l'importance de cette fonction des mâchoires au point de vue de la digestion et de la nutrition[4].

Chez l'homme, la mastication qui est mixte, c'est-à-dire participant à la fois de celle des carnivores et des herbivores (ruminants), vu la nature de son alimentation, a pour but de diviser les aliments solides d'une manière suffisante pour qu'ils puissent être attaqués plus facilement par les liquides de la bouche et du reste du canal digestif.

---

1. « Principles of Normal Articulation applied to Artificial Teeth » by Harold de Wittcross D.M.D. of Boston, Demonstrator of Mechanical Dentistry (Harward University, Dental School). Read before the fortieth Annual Meeting of the Massachussetts Dental Society. (*Dental Cosmos*, janvier 1905, page 120.)
2. Siffre, *Contribution à l'étude des anomalies dentaires*, thèse pour le doctorat en médecine. Paris, 1901, page 15.
3. Mora, *loc. cit.*
4. Mathias Duval, *Physiologie.*

On sait que la viande et les matières azotées sont plus aisément digérées dans l'estomac quand elles ont été soumises dans la cavité buccale à l'action de la mastication ; mais si, pour les aliments de cette nature, cette opération n'a pas besoin d'être poussée aussi loin, elle est indispensable pour certains aliments, ceux tirés du régime végétal, par exemple.

Enfin, il est nécessaire que le bol alimentaire séjourne assez longtemps dans la cavité buccale pour permettre à l'insalivation de s'opérer, c'est-à-dire à la substance organique azotée appelée ptyaline ou diastase animale d'agir sur les matières amylacées pour les transformer en glycose.

Or, cette fonction de la mastication s'opère ainsi à l'aide des divers mouvements de la mâchoire inférieure que nous venons de rappeler et de résumer et qui résultent des mouvements de l'articulation temporo-maxillaire.

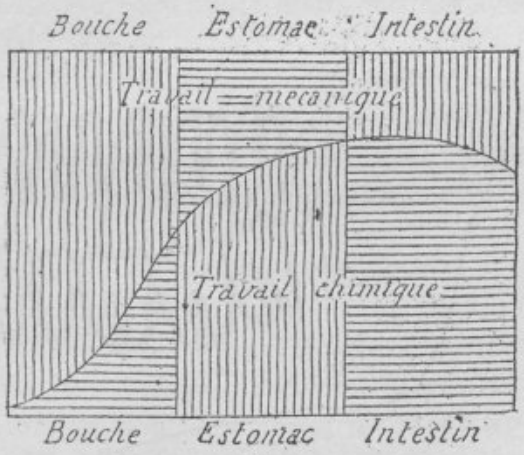


Fig. 2.

Ainsi s'exerce, comme chacun sait, l'action des mâchoires qui déchirent, coupent, écrasent les aliments, aidée par l'action de la langue, des lèvres et des joues qui poussent et maintiennent les substances alimentaires entre les dents, acte volontaire et réflexe tout à la fois.

Pour résumer l'importance de l'action mécanique de la mâchoire dans la digestion, nous reproduisons ci-dessus

une figure schématique qui nous paraît très démonstrative et qui est empruntée au travail du Dr Mora (fig. 2).

Équilibre articulaire des dents. — On doit considérer d'abord les trois articulations principales de l'appareil dentaire ; ce sont : 1° l'articulation des dents ou alvéolo-dentaire ; 2° l'articulation des arcades dentaires ou inter-arcades dentaire ; 3° l'articulation de la mâchoire ou temporo-maxillaire (fig. 3). Nous ne décrirons pas l'anatomie de ces trois articulations voulant nous limiter aux considérations sur leur fonctionnement et leurs rapports avec l'équilibre articulaire des dents.

Mais il y a d'autres articulations secondaires à considérer

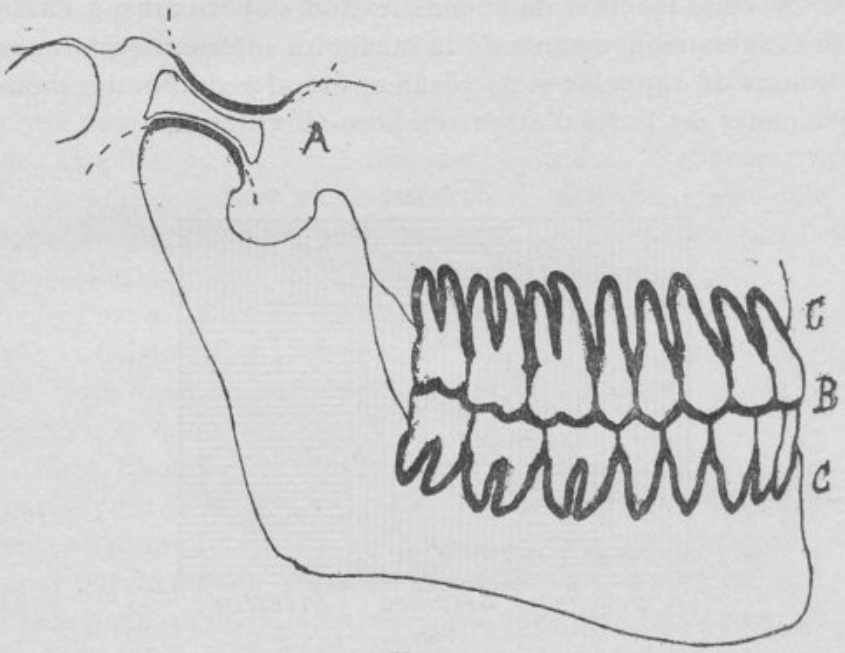


Fig. 3.

également. Les deux arcades dentaires à l'aide desquelles s'opère la mastication se composent chacune de seize petites pièces qui, tout en étant séparées et indépendantes les unes des autres, anatomiquement parlant, n'en forment pas moins mécaniquement un bloc uni pour supporter les pressions exercées pendant les différents actes physiologiques qui se

passent dans la bouche, de sorte que ces seize petites pièces sont articulées les unes avec les autres et par suite solidaires les unes des autres.

Les conditions de leurs contacts avec les voisines, de leur engrènement avec leurs antagonistes, tout aussi bien que leur mode de fixation dans la mâchoire, forment autant d'articulations de chacune de ces seize petites pièces, dont l'intégrité est nécessaire pour le bon fonctionnement de l'instrument de mastication tout entier ; aussi l'on peut dire que chaque dent a, à son tour, au point de vue mécanique, quatre articulations qui assurent son équilibre dans les arcades dentaires. Elles se décomposent ainsi :

1° Articulation alvéolo-dentaire (*a*) ;

2° Articulation occlusale ou inter-arcade dentaire (*b*) ;

3° Articulation proximale mésio-distale avec la dent précédente (*c*) ;

4° Articulation proximale disto-mésiale avec la dent suivante (*d*) (fig. 4).

a) L'articulation alvéolo-dentaire unit la racine de la dent à son alvéole ; elle rentre dans le genre amphiarthrose et se compose d'un ligament dont les faisceaux se tendent et résistent à la pression pendant la mastication et limitent le mouvement d'enfoncement de la dent [1].

b) L'articulation occlusale est constituée par le rapport des faces triturantes des dents antagonistes en état d'occlusion [2] ; cette articulation n'est autre chose que l'articulation inter-arcades dentaire, lorsque l'on considère les dents dans leur ensemble et non isolément ; les faces triturantes forment une série de plans inclinés glissant les uns sur les autres pendant les mouvements de la mâchoire pour la trituration des aliments, d'arrière en avant et d'avant en

1. G. Lemerle, *Anatomie et physiologie de la bouche et des dents*. Sauvez, Wicart et Lemerle, Paris, 1905. *Manuel du chirurgien-dentiste* de Ch. Godon.

2. Nous adoptons le terme occlusion dans le sens déjà indiqué par W. Bonwill pour désigner le rapport des deux arcades dentaires rapprochées à l'état de repos, et le terme d'articulation dans les différentes positions qu'elles occupent dans les trois autres mouvements de la mâchoire lorsqu'elles sont en contact.

arrière et latéralement de droite à gauche et de gauche à droite. Les incisives et les canines inférieures viennent frapper par leur bord libre ou leur pointe contre la face linguale des mêmes dents du haut ; pour les prémolaires et les molaires les tubercules vestibulaires ou buccaux des dents inférieures se placent dans la rainure médio-distante ou inter-cuspidienne des dents du haut en même temps que les tubercules linguaux des dents supérieures s'emboîtent de la même façon dans la rainure médio-distante des dents inférieures. Les tubercules vestibulaires des dents du haut et les lingaux des dents du bas restent donc libres et font légèrement saillie hors des arcades.

c) et *d)* La troisième et la quatrième articulation : faces proximales dentaires mésio-distale et disto-mésiale sont des articulations par simple contact, et comme la deuxième, sans ligament inter-articulaire ; elles peuvent être comparées aux articulations à billes employées dans l'industrie (fig. 4).

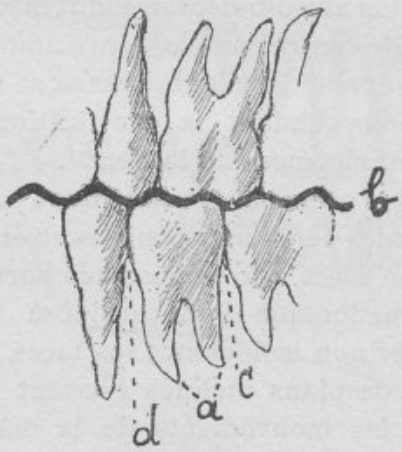


Fig. 4.

Or, si l'on considère d'une manière spéciale la forme de la face triturante des dents, des molaires surtout, avec leurs tubercules, leurs sillons et les mouvements de la mâchoire dans la mastication, on remarque qu'il y a des modes d'engrènement des faces triturantes différents suivant cha-

cun de ces mouvements masticatoires et formant ainsi pour l'articulation occlusale de chaque dent autant de plans d'articulation distincts, excepté dans les articulations dites bout à bout, c'est-à-dire sans *overbite*, où les faces articulaires occlusales des dents deviennent à peu près planes par suite de l'usure.

Si maintenant nous considérons d'une manière spéciale la première molaire qui est le principal soutien, la clef de voûte de l'arcade dentaire, comme dit Bogue [1] la dent principale, point de repère et base de l'occlusion normale, comme la considèrent Angle et ses élèves [2], nous voyons que dans une bouche normale comme celle que je vous présente (modèle de l'école) (fig. 5), il faut, pour que la

Fig. 5.

dent soit en parfait équilibre, que l'engrènement avec la dent antagoniste, dans le mouvement d'élévation produisant l'occlusion, se fasse dans certaines conditions qui donnent un premier plan d'articulation de la face occlusale de la première molaire. Celui-ci a pour point de repère principal que le cuspide mésio-buccal de la supérieure se place buccalement entre les cuspides mésio et disto-buccaux de l'inférieure dans l'occlusion normale; les trois autres articulations de la dent (articulations proximales et articulations alvéolo-dentaires) étant normales [3].

Si nous examinons successivement les rapports des ar-

1. *Odontologie*, 1904.
2. *Dental Cosmos*, 1904.
3. Angle, *L'importance de la première molaire dans ses rapports avec l'orthodontie.* (*Dental Cosmos*, mars 1903.)

cades dentaires dans les divers mouvements masticatoires indiqués plus haut, nous voyons que la première molaire occupera quatre positions successives principales par rapport à ses antagonistes avec lesquelles, par suite, elle sera dans quatre rapports différents, formant ainsi, pour sa face occlusale avec ses plans inclinés et leurs bords aigus, quatre plans d'articulation distincts dans lesquels ses divers tubercules et sillons joueront chacun un rôle utile et déterminé et supporteront un effort différent (fig. 6-7-8-9), non seulement pour la mastication, mais aussi pour le maintien de l'équilibre de la dent et de celle avec lesquelles elle est en rapport ; dans ces cas, la mâchoire étant normale et les diverses articulations de la dent restant normales, la dent prise comme exemple est toujours en équilibre parfait, grâce à ses divers contacts ou articulations que nous avons rappelés plus haut, et le choc masticatoire produit dans les

Fig. 6.

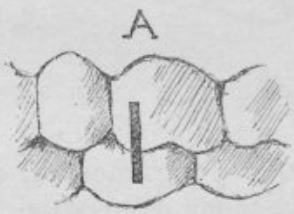


Fig. 7.

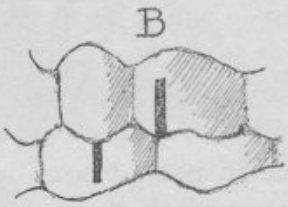


Fig. 8.

Fig. 9.

quatre mouvements de mastication est un choc *physiologique* qui ne peut avoir aucune action nocive pour la dent ou ses attaches ; le travail de mastication pourra ainsi s'opérer normalement en ce qui concerne la trituration complète des aliments.

En examinant avec soin le jeu des arcades dentaires, on voit que chaque partie de la dent y joue son rôle et reçoit une pression, un effort considérable [1], sans qu'elle en souffre, car l'équilibre parfait dans lequel elle se trouve placée dans les arcades dentaires lui permet de subir sans inconvénient ce choc physiologique, de résister à ces pressions comme à toutes celles résultant des autres actes physiologiques dans lesquelles entrent en jeu la langue, les lèvres et les joues. Ces considérations peuvent naturellement s'appliquer successivement à chaque dent, puis aux arcades tout entières, pour lesquelles l'*antagonisme normal de leur arc dentaire*, l'arc inférieur inscrit dans l'arc supérieur, complète l'équilibre des forces en présence, comme l'a démontré Siffre [2]. Du reste, selon l'expression de Collaud, « ces 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 [3]. »

Il règne ainsi une harmonie véritable entre toutes les parties de cet instrument de mécanique biologique qu'est la mâchoire humaine pour cet acte assez complexe et si nécessaire à la vie qu'est la mastication.

III. — Conséquences pathologiques de la rupture de l'équilibre articulaire des dents dans les arcades dentaires.

Les troubles qui peuvent venir détruire la bonne harmonie dans le fonctionnement de cet appareil masticatoire compliqué et amener la rupture de l'équilibre articulaire des dents et des arcades dentaires sont d'ordre divers. Ils peuvent provenir soit de l'articulation temporo-maxillaire, soit de l'articulation occlusale ou interdentaire des arcades

1. Voir page 504.
2. Siffre, *Contribution à l'étude des anomalies dentaires*. Thèse, Paris, 1901, p. 15.
3. Collaud, *Etude du ligament alvéolo-dentaire*. Genève, 1890.

dentaires, soit d'une des articulations dentaires proprement dites, proximales et alvéolo-dentaires, par exemple. Mais nous limitons cette étude aux troubles apportés à l'équilibre articulaire des dents dans les arcades dentaires et à leurs conséquences.

Ces troubles sont de deux sortes : mécaniques et pathologiques. Ils ont plusieurs causes : les principales sont les traumatismes (fractures, luxations, chute des dents) ; les affections dentaires si communes, comme les caries, la pyorrhée alvéolaire, et certaines opérations comme les limages et les extractions, enfin les irrégularités dentaires.

Dans chacun de ces cas, une partie de la dent a disparu ou même la dent tout entière dans le cas d'extraction ou bien elle est plus ou moins déplacée, et, sauf dans le cas où les altérations ont porté seulement sur les faces vestibulaires ou linguales, une des quatre articulations dentaires a été altérée et, par suite, l'équilibre de la dent a été rompu et celui de l'arcade dentaire tout entière, surtout dans le cas d'extraction. Alors, non seulement la mastication ne s'opère plus d'une manière régulière et complète, mais encore l'acte de trituration, au lieu d'être un choc physiologique, devient un véritable traumatisme avec des conséquences diverses que nous étudierons plus loin et qui sont néfastes pour le ligament alvéolaire et la pulpe dentaire. Elles peuvent même avoir une répercussion sur les traits du visage ainsi que sur la santé générale.

On comprendra mieux, je pense, les conséquences de ces désordres au point de vue mécanique si nous supposons un instant qu'au lieu de la mâchoire humaine il s'agit d'un instrument de mécanique destiné, lui aussi, à couper, déchirer et broyer, ingénieux et compliqué, comme on en trouve du reste dans l'industrie. On se rend compte immédiatement combien l'absence d'une des trente-deux petites pièces dont il se compose ou même de quelques-unes de leurs pointes ou l'effacement ou le bouchage de leurs rainures rendrait difficile ou incomplet le travail à exécuter par les branches des ciseaux ou les rainures des cylindres

écraseurs d'un tel appareil et même ébranlerait l'appareil tout entier et le mettrait bientôt hors d'usage.

On est ainsi amené à constater qu'au point de vue mécanique la surface triturante d'une mâchoire pourra être réduite du quart, du tiers, de la moitié et quelquefois plus par suite d'obturations insuffisantes, de limages, d'extractions antérieures, de déplacements, de renversements et d'allongements apparents de dents qui ont été la conséquence de ces opérations ou d'irrégularités non corrigées, ce qui diminue la fonction et le travail de mastication du quart, du tiers, de la moitié, aux dépens du tube digestif tout entier et explique les troubles généraux consécutifs.

On peut aisément se rendre compte de ces troubles fonctionnels sur ces modèles d'étude d'une de mes patientes que je prends comme exemples et que nous rencontrons si souvent encore dans la clientèle (fig. 10). Observation I.

Fig. 10.

Comme vous le voyez, cette patiente n'a plus pour assurer sa mastication que deux prémolaires à gauche et deux molaires à droite, quoiqu'elle ait encore des dents à la mâchoire supérieure et des dents à la mâchoire inférieure, mais il n'y a de contact possible qu'entre ces deux prémolaires et ces deux molaires et un petit appareil dentaire à dents plates, ce qui réduit sa puissance de mastication à 1/4 ou 1/5.

Cette malade a des troubles digestifs et nous a été adressée par son médecin pour qu'un appareil de prothèse rétablissant l'articulation normale les fasse disparaître.

On remarquera de plus que, si l'on évalue à 1/32 de la force musculaire totale de la mâchoire, par exemple, l'ef-

fort que doit supporter chaque dent à l'état normal dans les contractions des muscles masticateurs dans les mouvements de mastication déjà cités, les dents qui restent ainsi isolées sans contacts latéraux supportent des pressions et des poussées latérales très supérieures à leurs capacités de résistance et pouvant s'élever à 1/16, 1/8 de la force totale, amenant ainsi des déplacements de la dent, des modifications dans ses articulations et celles de ses voisines et l'écrasement général de la mâchoire, mais surtout une fatigue des ligaments inter-alvéolaires qui provoque l'ébranlement de la dent et devient la cause d'une pyorrhée alvéolaire précoce comme dans les cas que je vous présente à titre d'exemples (fig. 11). Observation II.

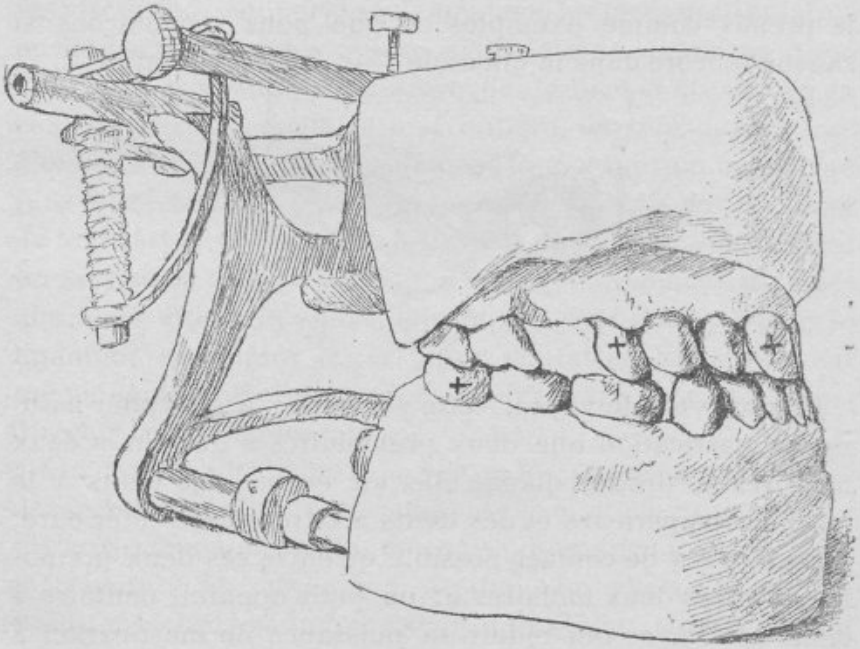


Fig. 11.

Il s'agit, comme vous le voyez, d'un patient auquel il manque, du côté gauche de la mâchoire supérieure, la canine et la première molaire et à la mâchoire inférieure les deux prémolaires. La première dent n'a jamais poussé ; elle est

encore incluse dans la mâchoire ; les trois autres dents ont été extraites il y a très longtemps.

Ce patient a eu cette année pour la première fois des crises de polyarthrite alvéolo-dentaire qui ont débuté justement de ce côté gauche et ont atteint la troisième molaire inférieure, la deuxième prémolaire supérieure et l'incisive centrale du même côté. En examinant attentivement ces modèles, il semble bien que l'on puisse déduire des troubles articulaires constatés dans les arcades dentaires et survenus à la suite des extractions qu'il y a une corrélation de cause à effet entre ces dents absentes et la pyorrhée qui vient de se déclarer. Comme l'a déjà signalé Ames, de Chicago, en 1902, « parmi les causes auxquelles l'ébranlement des dents est attribuable, la malocclusion a été reconnue comme un facteur jouant un rôle considérable[1] ».

Enfin, je me souviens que, dans les premières années de la fondation de l'école, notre regretté collègue Poinsot nous fit remarquer à la clinique un malade qui se plaignait de névralgies faciales du côté gauche. A l'examen, on constata qu'à la mâchoire supérieure la première molaire était absente et que la deuxième molaire était renversée sur son axe, d'arrière en avant ; quand les arcades dentaires étaient en occlusion normale, cette dent recevait la pression de la dent antagoniste inférieure sur son seul tubercule distal.

Poinsot diagnostiqua alors une calcification pulpaire provoquée par ce traumatisme articulaire comme cause de la névralgie faciale. La dent fut ouverte, puis sectionnée et le diagnostic se trouva confirmé. Bien souvent il m'a été donné dans ma pratique d'observer des cas semblables[2].

Plusieurs auteurs ont du reste signalé déjà les désordres provoqués par des troubles dans les articulations des dents dans les arcades dentaires. Nous avons déjà rappelé au début la très intéressante communication de notre collègue L. Frey, au Congrès de Montauban, sur les rapports patholo-

1. Communication d'Ames, de Chicago, *Dental Cosmos*, 1902.

2. Dans la discussion qui a suivi cette communication à Cherbourg MM. Frey et Roy ont signalé des cas analogues qui m'ont rappelé celui qui est cité ci-dessus.

giques entre l'articulation temporo-maxillaire et les dents[1].

La deuxième et la troisième classe de sa classification comprenaient : les arthrites temporo-maxillaires secondaires à un état pathologique des dents ou de leurs *articulations* et les déformations physiologiques secondaires à une *articulation dentaire défectueuse,* où il montre qu'un vice de l'engrènement des dents peut entraîner la mâchoire dans sa totalité en avant dans un mouvement de protusion ou en arrière dans un mouvement de rétrotusion, produisant ainsi le *prognathisme* ou l'*opistognathisme* par vice de l'articulation des dents entre elles.

L'observation citée dans sa deuxième classe est très typique. Il s'agit d'une patiente dont les articulations temporo-maxillaires sont devenues douloureuses parce que la mastication se fait anormalement à l'aide de deux arcades dentaires très dégarnies et d'un appareil de prothèse portant comme molaires de simples dents à plaques métalliques sans talon ; par suite, les mâchoires sont obligées de se fermer au maximum, tout en ayant une mastication très limitée en surface, bien fatigante pour les dents et fatigante aussi pour l'articulation temporo-maxillaire.

Nous avons eu il y a quelques années un cas assez semblable, mais les troubles de l'articulation temporo-maxillaire se compliquaient d'un affaissement de la mâchoire tel que les dents antérieures supérieures en rétroversion venaient frapper les gencives des dents inférieures antérieures également en rétroversion et y provoquaient une gingivite traumatique assez douloureuse. Nous fîmes disparaître tous ces troubles gingivaux et articulaires en appliquant deux bridges, l'un à droite, l'autre à gauche, qui rehaussaient l'articulation et rétablissaient un engrènement normal.

Il y aurait lieu de rappeler également ici la fatigue quelquefois assez douloureuse de l'articulation alvéolo-dentaire de certaines dents, sorte de courbature du ligament,

1. L. Frey, *Odontologie,* 1902.

qui se manifeste lorsqu'on oblige un malade à manger d'un seul côté pendant quelque temps, par suite du traitement appliqué aux dents de l'autre côté, ainsi que certaines périodontites anciennes qui se réveillent, certaines dents obturées qui se fracturent. La puissance de mastication n'étant plus répartie régulièrement sur toutes les dents, mais sur un seul côté, est trop grande et amène des troubles divers.

Un des premiers et des plus intéressants travaux sur cette question est celui qui a été présenté à la Société Odontologique de New-York, par Isaac Davenport[1].

L'auteur, dans ses conclusions, s'attachait à condamner les extractions et surtout le limage qui était très pratiqué à l'époque comme moyen préventif du développement de la carie dans les espaces interdentaires et il préconisait la reconstitution des contours dans l'obturation.

Parmi les exemples cités, il en est un qu'il me semble intéressant de rappeler parce qu'on le rencontre souvent dans la pratique et qu'il complète la série des exemples que j'ai déjà présentés. C'est celui qu'il appelle d'un terme pittoresque : le *naufrage dentaire* ; il est analogue à celui que nous vous présentons et qui a été pris sur une de nos patientes (fig. 10).

L'auteur montre combien, à la suite d'extractions et de limages ou d'obturations proximales sans contour, les interstices dentaires s'étant resserrés et les dents s'étant déplacées par suite d'une accommodation particulière qui leur fait rechercher de nouveaux contacts, les rapports des dents et des arcades dentaires sont en partie détruits et les surfaces de mastication sont considérablement réduites, de sorte qu'au lieu de la trituration des aliments il se fait, suivant l'expression de l'auteur, une sorte de « poinçonnage ».

---

1. *Revue Odontologique*, Paris, 1888. Traduit par M. Marchandé, il parut dans la *Revue Odontologique* sous le titre :
De l'importance de la forme et de la disposition naturelles des arcades dentaires de l'homme avec considérations sur les altérations qui peuvent résulter du limage ou de l'extraction des dents.

On trouvera également dans les travaux des orthodontistes que nous signalions au début une série d'observations d'irrégularités dentaires venant confirmer tout ce que nous avons avancé au sujet des conséquences diverses de l'occlusion anormale des dents et de la rupture de leur équilibre articulaire. Nous avons du reste présenté au Congrès d'Angers quelques cas de redressements tardifs assez typiques pris dans notre collection et qui peuvent être utilement rappelés ici [1].

Dans l'un d'entre eux, il s'agissait d'un prognathisme de la mâchoire inférieure qui s'était aggravé à la suite de la rupture de l'équilibre articulaire produite par l'extraction et la carie de quelques-unes des molaires. Cette aggravation était telle qu'elle avait produit non seulement quelques troubles de la phonation fâcheuse pour la patiente qui était institutrice, mais encore les modifications désagréables de la physionomie inhérente à cette anomalie dentaire au point qu'il fut nécessaire d'intervenir malgré l'âge de la patiente qui avait dépassé la quarantaine. Le rétablissement de l'équilibre articulaire par la reconstitution d'une occlusion normale, par la correction du prognathisme, la pose de couronnes, etc., a fait disparaître ces différents troubles ; cette observation vient à l'appui de ce qu'ont indiqué Calvin S. Case [2], Angle Goddard [3] et tous les orthodontistes, au sujet des modifications qui se produisent dans certaines parties de la face humaine, à la suite de la rupture de l'équilibre articulaire due à des extractions intempestives ou à des irrégularités dentaires que l'on n'a pas corrigées.

Il ne semble pas utile pour le moment de multiplier à l'infini les exemples que nous apporte chaque jour la clinique. Ceux que je viens de citer sont suffisants pour montrer, comme nous le disions au début, qu'il y a de graves incon-

---

1. *Odontologie*, 1903 (fig. 3).
2. Calvin S. Case, *The developement of esthetic facial contours, American text book of operative dentistry*, édité par Kirk. Philadelphie, 1900.
3. L. C. Goddard, *Influence des prémolaires sur le profil du laboratoire*. Paris, nov. 1905.

vénients, au point de vue mécanique, comme au point de vue physiologique, à ce que les dents ne conservent pas dans les arcades dentaires leurs contacts et leurs plans naturels d'articulation dans toute leur intégrité et qu'il en résulte des conséquences pathologiques pour les dents, pour l'articulation temporo-maxillaire et même pour l'état général du sujet.

Il est bon également d'ajouter ici avec le Dr Mora que « le plus souvent beaucoup de maladies de nutrition et principalement les dyspepsies proviennent d'un travail de mastication incomplet et mal fait, dû chez la plupart des sujets au mauvais état de leur appareil de malaxation[1] ».

De ces diverses considérations, on peut déduire une série de règles qui trouvent leur application en dentisterie opératoire et en prothèse dentaire. Ces règles ne sont pas toutes entièrement nouvelles ; plusieurs se sont trouvées graduellement formulées dans les travaux des divers auteurs qui nous ont précédé et dont nous venons de rappeler sommairement les principaux ; mais du travail d'ensemble que nous présentons aujourd'hui sur cette question dans cette communication, quoique forcément très résumée, il se dégage une conception systématique de ce que doit être pour le chirurgien-dentiste la restauration des dents et des arcades dentaires.

Cette conception permet ainsi de constituer synthétiquement pour nos interventions une véritable *méthode opératoire pour la conservation ou la reconstitution des contacts et des plans d'articulation naturels des dents et des arcades dentaires, formant un ensemble de règles générales basées sur les lois de l'équilibre articulaire des dents et de la mâchoire.*

(A suivre.)

---

1. Mora, page 140, *loc. cit.*

DE LA RÉALITÉ DES ACCIDENTS DE LA PREMIÈRE DENTITION

(Observations cliniques)

Par L. THEUVENY,
Ancien interne des hôpitaux de Paris.

(Suite et fin.)

Voilà donc quinze enfants, qui ont eu une évolution parfaite, grâce à l'allaitement au sein, malgré des conditions variées et difficiles.

II° Dans les *courbes irrégulières* mais *sans incidents de dentition,* j'ai pu remarquer les faits suivants :

Les augmentations des courbes au moment de l'apparition sont en nombre bien plus considérable (4/5es), que les diminutions pour ces mêmes causes.

De plus, dans chaque courbe d'enfant au moment des diverses éruptions il y a aussi bien des augmentations que des diminutions. Enfin les diminutions sont toujours très légères et très passagères.

Mais le point le plus *important* est que chez tous ces enfants à courbes oscillantes, au moment de toutes ces diminutions, on n'a pu constater *aucun* phénomène pathologique imputable à l'apparition correspondante des dents.

Toutefois sur les 14 cas de cette série, *trois* m'ont paru intéressants à signaler : le *premier* a vu sa diminution causée par un refus de boire presque absolu pendant les deux ou trois jours qui ont séparé l'apparition de la quatrième dent de celle de la cinquième ; ce refus ne s'accompagnait pas toutefois de gingivite ou de stomatite ni d'aucune lésion buccale. Bien entendu, il n'existait aucun autre phénomène pouvant être invoqué pour expliquer ce refus d'alimentation.

Le *second* présente d'abord une série de diminutions,

puis des augmentations permanentes ; mais il faut savoir que pendant les premiers mois (jusque *deux mois avant* l'apparition de la première dent) l'enfant avait eu des phénomènes intenses de gastro-entérite qui avaient disparu depuis ce long temps avant la première dent. Ces diminutions premières peuvent et doivent donc être mises sur le compte d'une infection intestinale bien antérieure à l'évolution dentaire.

Le *troisième*, nourri au lait stérilisé, sans incidents d'ordre intestinal ou autres pendant les éruptions des dents temporaires, a présenté, au dix-huitième mois, un gonflement épiphysaire d'ordre rachitique. Ce fait, évidemment un peu en dehors du sujet, montre l'influence souvent trop fréquente de l'allaitement artificiel sur le développement du squelette osseux et sur l'état général.

III° En ce qui concerne les trois cas où j'ai pu constater des incidents de dentition, l'analyse des faits est la suivante :

a) Le *premier* enfant, nourri d'une façon mixte, a présenté, en même temps que l'éruption de ses *deux premières* dents, une diarrhée légère. Mais, à cette époque, il était en partie alimenté par sa mère, alors soignée à l'institut Pasteur pour diphtérie. Or les faits de retentissement d'infection de la mère sur la santé de l'enfant sont démontrés depuis longtemps ; il ne s'agit donc pas ici d'incidents d'éruption dentaire, mais d'incidents toxi-maternels.

b) Le second, élevé au lait stérilisé, a eu de la gastro-entérite légère au moment de la troisième dent.

c) Le dernier enfin est le résultat de la quatrième grossesse d'une femme dont le passé pathologique est considérable. Le premier accouchement a été suivi d'infection puerpérale, et les deux grossesses suivantes se sont terminées par des fausses couches. L'enfant dont il s'agit, nourri au sein, a eu ses *quatre premières dents* sans *incidents ;* quelque temps après, la mère a présenté une salpingite double avec élévation de température compliquée de ptose rénale double. Malgré ces lésions considérables et un très mauvais état général, elle a continué à nourrir son enfant,

qui, depuis lors, a eu, à chaque éruption dentaire, soit de la gastro-entérite, soit des furoncles au niveau des cuisses et de la région fessière[1]. Il y a dans ce cas une influence très probable de la mère sur la nutrition de l'enfant ; il est certain qu'un enfant, né d'un père tuberculeux, nourri par une femme aussi malade, dont la valeur nutritive du lait est considérablement diminuée, est tout préparé pour des accidents aussi bien dentaires que rénaux, hépatiques, intestinaux ou généraux. Il ne s'agit plus ici d'une influence dentaire sur le terrain, mais bien plutôt d'une influence du terrain sur l'état général.

De ces trois faits, un seul est donc pathognomonique, les deux autres doivent être mis sans hésiter sur le compte de l'infection des parents, héréditaire ou acquise. La proportion des incidents, dans cette statistique si courte, se réduit donc au minimum.

RÉSUMÉ DES OBSERVATIONS. — D'après toutes ces observations, on peut, toutes proportions gardées, dire que : dans les neuf dixièmes des cas, l'évolution de la première dentition se fait et devrait se faire sans incidents ;

Que cette évolution sera d'autant plus exempte d'incidents que l'enfant sera alimenté au sein et d'une façon régulière, l'allaitement mixte et l'allaitement artificiel prédisposant bien davantage à la possibilité de complications.

Enfin, dans l'apparition de ces dernières, il faut tenir la part très considérable des influences maternelles immédiates (état de santé de la mère pendant l'allaitement au sein) sans oublier les diathèses héréditaires.

DATE D'ÉRUPTION DE LA PREMIÈRE DENT. — En dehors de l'influence de l'éruption des dents temporaires sur l'organisme, j'ai voulu, bien que connaissant très peu le sujet, relever la date d'apparition des premières dents.

D'après les observations :

1° Dans la *première catégorie* (évolutions régulières sans incidents).

1. Le père a eu une pleurésie, il y a 10 ans ; il est soigné à l'heure actuelle pour tuberculose pulmonaire assez avancée.

Tableau de l'apparition des premières Dents.

	MOIS	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	TOTAL
Ier GROUPE (Évolution parfaite).	Sein		5	2	5	3	4	6	4	1		2										32
	Mixte		1	1	2	2	2							1	1							10
	Artif.	1	1		1	1		2	2	1	1											10
IIe GROUPE (Légères fluctuations de courbes sans incidents).	Sein														1					1		2
	Mixte						1															1
	Artif.										3											3
IIIe GROUPE (Incidents de Dentition).	Sein			1																		1
	Mixte					1																1
	Artif.								1													1
																						61

a) Sur les *32* enfants élevés au *sein*, on trouve que :

5 ont eu leur première dent à 4 mois.
2 — à 5 —
5 — à 6 —
3 — à 7 —
4 — à 8 —
6 — à 9 —
4 — à 10 —
1 — à 11 —
2 — à 13 —

b) Sur les *10* enfants, à l'allaitement *mixte*, on trouve que :

1 a eu sa première dent à 4 mois.
1 — à 5 —
2 — à 6 —
2 — à 7 —
2 — à 8 —
1 — à 14 —
1 — à 15 —

c) De même pour l'allaitement *artificiel* : (*10* enfants).

1 a eu sa première dent à 3 mois.
1 — à 4 —
1 — à 6 —
1 — à 7 —
2 — à 9 —
2 — à 10 —
1 — à 11 —
1 — à 12 —

2° Dans la deuxième catégorie (évolution de courbe avec oscillations, mais sans incidents), sur les six observations où sont notées l'apparition de la première dent on trouve :

a) Pour les deux enfants élevés au sein :

1 ayant eu sa première dent à 16 mois.
1 — 22 —

b) Un enfant élevé à l'allaitement mixte :

avec sa première dent à 8 mois.

c) Trois enfants, ayant eu leur première dent à 12 mois.

3° Dans la catégorie des incidents de dentition, sur les trois

enfants, l'un (élevé au sein) a eu sa première dent à 5 mois.

Le second (allaitement mixte)..... à 7 mois.

Le dernier (allaitement artificiel)..... à 10 mois.

Parmi ces 3 cas, le premier (allaité au sein, bien qu'ayant eu des incidents de dentition d'origine héréditaire et maternelle) a eu ses quatre premières dents à 5 mois, mais ses incidents ne sont apparus que 3 à 4 mois après l'éruption de ces dents ; en réalité on peut tenir compte de la valeur de la date d'éruption de la première dent, étant donné que cette apparition s'est faite dans les conditions les plus régulières de santé et d'allaitement. Il peut donc à ce point de vue rentrer dans le premier tableau.

Il n'y a rien à dire du second ni du troisième, si ce n'est que ce dernier, bien qu'ayant eu des incidents vrais de dentition, a eu sa première dent à 10 mois, étant allaité artificiellement.

Il est très difficile de tirer de ces soixante et une observations, une conclusion sérieuse, au point de vue de la précocité de l'éruption dentaire soit chez les enfants allaités différemment, soit d'après leurs évolutions biologiques et cela pour plusieurs raisons : *a*) la principale est le très petit nombre d'observations recueillies à ce sujet, *b*) et plus encore peut-être la disproportion numérique entre les divers groupes de faits.

Aussi ai-je tenu à donner ce tableau exact, comme un simple renseignement, destiné seulement à servir de base à d'autres observations cliniques de même ordre.

HÉRÉDITÉ DENTAIRE DIRECTE. — Devant le peu de renseignements du chapitre précédent, j'ai voulu chercher, en dehors du *terrain héréditaire pur*, c'est-à-dire du terrain des procréateurs (alcool, tubercolose, syphilis, albuminerie, etc.), et du *terrain alimentaire*, s'il n'existerait pas chez les parents, et en particulier chez la mère, une hérédité vraie dans la date d'apparition de la première dent. En un mot, une mère normale, ayant eu sa première dent de bonne heure, peut-elle, toutes autres hérédités mises à part, avoir un enfant à dentition précoce ? ou bien

de même pour les retards de dentition. De même, une mère ayant de mauvaises dents, l'enfant verra-t-il sa première dentition retardée ou viciée ?

Malheureusement, je me suis heurté à un obstacle prévu, celui de l'ignorance très compréhensible de chaque mère, au sujet de l'apparition de ses propres premières dents. Il en est déjà de même quand on cherche à connaître la date de leurs premiers pas. C'est ainsi que parmi toutes les femmes que j'ai interrogées, *aucune* n'a pu me donner de renseignements [1].

Quant à l'état de leurs dents avant et pendant leur grossesse, je n'ai pu recueillir que *trois* faits. L'une d'elles m'a affirmé avoir toujours eu des dents en parfait état ; les deux autres avaient une dentition déplorable. Or, l'enfant de la première a eu sa première dent à 6 mois, et ceux des deux autres, respectivement à 7 et 8 mois. Il n'y a donc pas là de données suffisantes pour tirer une conclusion valable. Toutefois, il semble que, à priori, en éliminant surtout toute autre cause héréditaire (c'est là le point indispensable et délicat), il serait intéressant de rechercher ce qu'on pourrait appeler *l'hérédité dentaire directe*. Je ne pense pas qu'on ne puisse trouver à ce sujet des éléments sérieux.

HÉRÉDITÉ D'APPARITION DENTAIRE D'APRÈS L'ÉPOQUE DES PREMIERS PAS DE LA MÈRE. — Dans ce côté de la question d'éruption, les recherches sont plus faciles. Il m'avait semblé, en effet, qu'à défaut d'hérédité dentaire, la date des premiers pas de la mère, c'est-à-dire la date de la maturité de son système osseux en particulier, et par con-

1. « Je citerai, pour appuyer cette hypothèse ces quelques lignes du traité » des Maladies de l'Enfance, de Grancher-Comby, écrite par M. Millon au » sujet de l'*hérédité dentaire directe*. L'anomalie de dentition précoce ne se » présente, en général, jamais isolée dans une famille, les frères et les sœurs » du sujet l'ont présentée ou la présenteront ; *souvent même* elle s'est produite » chez *les ascendants directs*. Pour n'en citer qu'un exemple, nous connaissons » une famille dans laquelle la mère a élevé ses onze enfants, au sein, jusqu'à » 17, 18 et même 26 mois. Tous ces enfants ont mis leurs premières dents de » bonne heure, à 4, 5 ou 6 mois, jamais plus tard. L'aînée s'est mariée à » 17 ans ; à 18, elle mettait au monde, un bébé, qu'elle nourrissait elle-même, » avec régularité et méthode et qui, à 4 mois, perçait ses deux incisives mé- » dianes inférieures. »

séquent de son système osseux général, pouvait suppléer au manque de renseignements dentaires.

Je pensais, en recherchant ce point, qu'avant d'invoquer les grandes tares ascendantes, on trouverait dans la tare de développement personnel de la mère, preuve de sa légère infériorité physique et physiologique, une raison des retards de dentition de l'enfant.

Ce faisant, j'arrive peu à peu à me rapprocher d'un point que j'envisagerai tout à l'heure et sur lequel tous les auteurs s'accordent : l'influence des procréateurs sur le produit.

Je n'ai pu toutefois que réunir six observations à ce sujet : ce sont les suivantes :

Mères		*Enfants*	
Marchant à 12 mois ; première dent à 6 mois.			
»	14 »	»	7 »
»	15 »	»	5 »
»	15 »	»	13 »
»	15 »	»	10 »
»	2 ans 1/2	»	15 »

Ici, encore, le trop petit nombre de cas ne peut permettre de conclure ; il serait nécessaire de réunir le plus grand nombre de faits, en excluant les autres influences héréditaires. Du reste, il est difficile de faire la part exacte de cette hérédité de développement de la mère, et la part qui revient à l'allaitement de l'enfant, et par suite presque à son développement osseux, en général, étant donné les modifications que peuvent et doivent apporter à ces hérédités spéciales l'hérédité procréatrice de l'alimentation de l'enfant lui-même : or, bien souvent le genre d'allaitement et surtout les troubles alimentaires sont les principaux facteurs qui influent sur le développement du système osseux et par suite sur le développement général de l'individu.

INFLUENCE HÉRÉDITAIRE GÉNÉRALE. — Tout autre au contraire, est l'influence des tares héréditaires des procréateurs sur le développement général de l'enfant, et par suite sur celui de ses dents. Il est connu depuis longtemps, et M. le Dr Frey l'a rappelé dans sa communication de Cher-

bourg : la syphilis de l'un ou des deux procréateurs, l'alcoolisme, la tuberculose, même l'albuminerie de la mère, qui troublent déjà le développement du produit de conception in utero, continuent à faire sentir leur influence sur le développement extra-utérin de l'enfant.

Mais, en réalité, ces causes d'ordre général sont moins des facteurs d'incidents de dentition à proprement parler que des facteurs dans le développement anatomique, anatomo-pathologique et physiologique des dents.

Ce sont plutôt des facteurs d'anomalies de la dentition, que des facteurs d'incidents auxquels ils n'ajoutent qu'une prédisposition certaine, évidente, mais non pas inévitable.

Il est certain que l'enfant d'un tuberculeux, d'un alcoolique, est aussi peu résistant, aussi faible dans son système dentaire, que dans son système osseux, que dans son système intestinal, mais, c'est, à mon avis, dans le mauvais fonctionnement du tube intestinal qu'il faut voir (malgré la prédisposition héréditaire), dans les 99 o/o des faits, la cause des anomalies et surtout des incidents de la première dentition.

INFLUENCE ALIMENTAIRE. — On ne fait pas, en effet, la part suffisante, dans la pathologie de l'éruption dentaire, aux vices et aux défauts d'alimentation. Il est certain, et c'est là un point sur lequel je veux insister d'une façon particulière : *On ne voit de troubles de la dentition dans la plus grande partie des cas que chez des enfants mal réglés ou mal alimentés.*

La preuve en est établie depuis longtemps et l'on connaît les accidents dentaires des enfants de certains pays. C'est ainsi que beaucoup d'enfants élevés en *Bretagne*, en *Normandie*, ont non seulement des dents retardées, à éruption irrégulière, à formes anormales, mais des stomatites, des diarrhées profuses, des accidents d'infection locale ou générale, etc. Mais ce qu'ils ont avant tout, ce sont *d'abord les troubles intestinaux ; ils n'ont pas de troubles intestinaux parce qu'ils font des dents, ils font de mauvaises dents parce qu'ils ont, avant toute autre chose,*

un intestin alimenté d'une façon vicieuse. Ils ont des gros ventres, ils ont de l'entérite avant d'avoir des dents. Ce ne sont pas leurs dents qui leur donnent tous ces accidents locaux ou généraux, car bien souvent ils n'ont pas le temps d'en percer beaucoup, leur vie ne dépasse pas alors cinq ou six mois.

Si même on n'envisage pas ces pays spéciaux, où l'alimentation d'un enfant comprend plus de cidre, d'alcool, de pommes de terre, que de lait, si l'on recherche la façon dont sont nourris, dans certaines contrées nourricières comme le *Morvan*, le *Nivernais*, les enfants confiés à des mercenaires, on trouve qu'au lieu de lait, on leur donne, à une époque où ils devraient s'en nourrir d'une façon exclusive, des soupes aux légumes, de véritables masses épaisses de pain trempé d'un peu d'eau, sans parler de la viande et du vin qui doivent les fortifier. Et chez eux aussi, on trouve des entérites aiguës, des ventres énormes, et des accidents de toutes sortes que l'on met à tout propos sur le compte des dents.

Il n'est pas même besoin d'aller si loin, et dans les *crèches* de Paris, dans les consultations de nourrissons, à chaque instant, on se trouve en présence d'un pauvre petit être, qui, depuis quelques jours déjà, a mal aux dents, pleure sans arrêt, a des selles vertes ou liquides, ou mal digérées ; d'après la mère qui l'amène, ces troubles divers sont bien dus à ce qu'il perce des dents. Mais, en réalité, si l'on examine l'enfant, si l'on prend soin de rechercher le mode d'allaitement, et surtout les fautes alimentaires qui ont été faites dans les jours précédents, on trouve d'une façon permanente qu'au lieu du lait habituel, des tétées régulières, des quantités normales d'aliments, l'enfant, sous un prétexte quelconque, a été suralimenté, changé d'heures, etc., en un mot *mal nourri*.

Et ce sont également ces fautes alimentaires que l'on retrouve même dans la pratique médicale à tous les rangs de la société. Toutes ces fautes se payent le plus souvent par des troubles gastro-intestinaux avec toutes leurs con-

séquences possibles ; il suffit que l'enfant ait atteint à peine quatre mois pour qu'on les mette sur le compte exclusif des dents [1].

ROLE DE LA DENTITION SUR LE TERRAIN. — Il est certain cependant qu'on a pu attribuer à la poussée successive des dents un rôle prédisposant aux incidents graves dits de dentition ; mais, ainsi que le fait remarquer très justement M. le Dr Roy, tous les organes qui se développent en même temps et d'une façon aussi complète, aussi rapide, aussi profonde que le système dentaire, doivent eux aussi prendre à ces accidents une aussi large part.

Pourquoi accuser plutôt les dents, que le poumon, le foie, les centres nerveux, ou l'intestin? Il est évident que, pendant toute cette période de suractivité cellulaire, l'enfant, pour reprendre l'expression de M. Frey, est « en équilibre instable » ; mais il ne l'est pas seulement à cause de son *développement dentaire tout seul*, il l'est à cause du *développement de tous ses organes*. Pourquoi accuser les dents venantes ou à venir du dérangement de cet équilibre instable et non pas le *primum movens* de tout le développement, c'est-à-dire l'intestin ?

C'est à ce dernier, en effet, que l'on peut et que l'on doit donner la prépondérance. On connaît son rôle physiologique capital, son rôle d'absorption, son rôle d'assimilation, de filtration. Or, admettons que, pendant le développement de cet intestin, un vice d'alimentation quelconque ait faussé ce rôle, même pour un instant, qu'il ait dérangé la régula-

1. J'ai pu lire, cet article étant à peine fini d'écrire, grâce à l'extrême obligeance de M. G. Viau, un travail datant de 1800, intitulé : « Traité la première dentition et des maladies souvent très graves qui en dépendent. » Ce traité, œuvre du Dr Baumes, professeur de pathologie et de nosologie à l'Ecole de Médecine de Montpellier, etc...., comprend, parmi ses nombreux chapitres, au milieu d'observations récoltées de toutes parts, souvent contradictoires, des instructions et des faits d'une précision absolue, bien que données sans parti pris. L'un des premiers chapitres principaux s'intitule même : « Des causes qui peuvent déranger la dentition, ou des moyens de préserver les enfants en nourrice des accidents auxquels la dentition les expose » et dans ce chapitre et dans bien d'autres, sont énumérés, un peu pêle-mêle il est vrai, tous les arguments que l'on retrouve à l'heure présente dans les travaux les plus récents.

rité de la digestion : la porte est tout de suite grande ouverte aux infections d'abord locales (entérites et gastro-entérites), puis, de plus en plus générales (toxémie hépatique, toxémie rénale, toxémie cérébrale) avec tous leurs symptômes et leurs conséquences.

Le rôle de l'intestin est donc, dans le développement de l'enfant, de l'ordre le plus élevé, plus élevé, à mon avis, que le rôle de l'organisme dentaire, parce qu'il est d'un retentissement général évident et indiscutable [1].

CONCLUSIONS. — Je crois donc, pour en terminer avec toute cette partie théorique, que si l'enfant de par tout son développement rapide et profond est sensible à toute action nocive d'où qu'elle provienne, le système dentaire est très loin d'en être le facteur principal, alors que le système intestinal au contraire a toute la prépondérance.

Les faits cliniques apportés au début de cet article prouvent du reste que chez des enfants bien alimentés, bien éduqués au point de vue intestinal et sans tare héréditaire profonde, les troubles dits « de la dentition » sont d'une très grande rareté, et que, si la théorie peut n'être pas toujours suffisante à le démontrer, la clinique suffit à le prouver d'une façon absolue.

Enfin, au point de vue pratique, je suis persuadé que la surveillance rigoureuse d'une alimentation rationnelle, est le seul moyen d'éviter d'une façon presque certaine les accidents appelés jusqu'à présent « accidents de la dentition ».

---

1. Je ne parle pas ici des accidents buccaux à proprement parler de la dentition : prurit, gingivites, stomatites, etc. ; ce sont là des réactions d'infections purement locales, qui n'ont que des relations mécaniques le plus souvent avec l'éruption dentaire.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ D'ODONTOLOGIE DE PARIS

Séance du 17 octobre 1905 [1].

RAPPORT DE M. BLATTER

Secrétaire général intérimaire.

Mes chers confrères,

Si nous nous reportons aux termes de notre règlement intérieur, nous voyons que le secrétaire général doit présenter à la Société d'Odontologie, lors de son assemblée générale annuelle, un rapport sur sa gestion et sur l'ensemble des travaux de l'année écoulée.

Vous avez tous le souvenir des circonstances fâcheuses dans lesquelles deux membres de votre bureau, M. de Croës, vice-président, et M. Friteau, secrétaire général, ont cru devoir donner leur démission. C'est par suite de cette dernière retraite que votre secrétaire adjoint se trouve appelé, ce soir, à vous soumettre, à titre intérimaire, un rapport pour lequel il lui manque hélas! l'autorité et la compétence voulues; aussi vient-il par anticipation solliciter toute votre indulgence. Des démissions dans une société comme la nôtre, dont le but est essentiellement scientifique, sont toujours regrettables et celles-ci le sont tout particulièrement. Nous ne saurions oublier, en toute sincérité, la courtoisie, la collaboration active du vice-président que nous avons perdu, et chacun se fait un devoir de rendre un légitime hommage au travail considérable et intelligent fourni par le secrétaire général que je m'efforce de suppléer sans y réussir; aussi ce n'est pas sans une véritable appréhension qu'il assume un rôle nouveau et dont il mesure toute la difficulté.

A part ces incidents, les réunions de la Société d'Odontologie ont eu lieu régulièrement et ses travaux, communications, discussions, présentations, démonstrations pratiques ont suivi leur cours normal.

Durant la session 1904-1905, la société a tenu neuf séances mensuelles du soir, non compris celle d'aujourd'hui, et trois séances extraordinaires de démonstrations pratiques, le matin à l'Ecole dentaire de Paris.

---

1. V. *L'Odontologie* du 30 novembre 1905, p. 462.

Au cours des premières séances les communications suivantes ont été présentées :

Séance du 25 novembre 1904,

Communication. — Influence du terrain dans la symptomatologie de la carie dentaire, par M. Frey.

Id. La prothèse vélo-palatine, par M. Delair.

Présentation. — Nouvelle succion, par M. Bassot.

Séance du 11 décembre 1904.

Rapport sur le Congrès de Grenoble, par M. Friteau.

Rapport sur la réunion de la F. D. I. à St-Louis, par M. Godon.

Rapport sur la prothèse dentaire au Congrès de St-Louis et de Toronto, par M. Plastchick.

Rapport sur l'exposition de St-Louis, par M. Sauvez.

Séance du 17 janvier 1905.

Communication. — Méthode de reproduction d'appareils en caoutchouc, par M. Cramer.

Id. Prothèse restauratrice, par M. Leconte.

Séance du 7 février 1905.

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

Id. Nouveaux élévateurs, langue-de-carpe, pieds-de-biche, par M. de Croës.

Id. De l'inutilité des couronnes métalliques pour la conservation des racines, par M. Roy.

Présentation. — Cheville pour cabinet d'opération, par M. Loriot.

Séance du 14 mars 1905.

Communication. — Notes complémentaires sur l'emploi de l'érythrophléïne contre la sensibilité de la dentine, par M. Audy.

Id. Le dentiste fonctionnaire aux colonies, par M. Cossas.

Id. Projections destinées aux conférences d'hygiène dentaire, par M. Paulme.

Présentation. — Fontaine à eau chaude et transformateur sur le courant continu, par M. Brémant.

Séance du 4 avril 1905.

Communication. — Observation d'un cas de traumatisme dentaire suivi de réimplantation, par M. Godon.

Id. Bridges amovibles, par M. Masson.

Présentation. — Procédé nouveau de fabrication des plaques métalliques, par M. Cramer.

Id. Lampe électrique pour éclairage de la cavité buccale, par M. Manteau.

Id. Fourneau électrique démontable, par M. Cornelsen.

Séance du 29 avril 1905.

Conférence. — Sur le traitement chirurgical des sinusites maxillaires, par M. le professeur Sebileau.

Communication. — Sur le diagnostic de l'origine dentaire dans les sinusites maxillaires, par M. Sauvez.

Id. Appareils extenseurs des maxillaires, par M. de Croës.

Id. Nouvelle méthode pour augmenter les moyens de rétention des obturations de porcelaine, par M. Platschick.

Séance du 6 juin 1905.

Communication. — Note sur une forme particulière d'odontalgie d'origine grippale, par M. Roy.

Id. Les accidents d'éruption dentaire et le terrain, par M. Frey.

Id. Compte rendu de la réunion de la British Dental Association à Southport, par M. Platschick.

Séance du 11 juillet 1905.

Communication. — Résultats éloignés d'implantation dentaire, par M. Amoëdo. (Présentation de malades.)

Id. Sclérodermie congénitale généralisée, par M. Loriot. (Présentation de malade.)

Id. Traitement du 4e degré, par M. Hugot.

Id. L'enseignement, par l'image, de l'anatomie dentaire et buccale élémentaire, par M. Mahé.

Id. L'art dentaire au Canada, par M. Dubeau.

Présentation. — Nouvel appareil pour l'extension du maxillaire supérieur, par M. Darcissac.

Au cours des trois séances du matin il a été fait les démonstrations pratiques suivantes :

Séance du 11 décembre 1904.

Application des fours électriques pour la cuisson de la porcelaine, par M. Platschick.

Injections de stovaïne, par M. Sauvez.

Emploi de l'appareil fretteur et sertisseur, par M. Touvet-Fanton.

Bridges amovibles. } M. Masson.
Aurification. }

Séance du 30 avril 1905.

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 fretteur, par M. Touvet-Fanton.

Obturations de porcelaine, par M. Platschick.

Présentations d'un nouvel appareil de contention avec casque en aluminium pour fracture du maxillaire supérieur, par M. Delair.

Aurification basée sur le principe de Black, par M. Kritchevsky.

Soudure autogène, par M. Kritchevsky.

Appareil pour l'anesthésie générale, par le mélange d'oxygène et de chloroforme, par M. Kritchevsky.

Anesthésie pulpaire, par M. Hugot.

Dispositif spécial pour l'administration du chlorure d'éthyle ou de tout autre anesthésique général de courte durée, par MM. Soulard et Vichot.

Présentation de redressements, par M. Meng.

Présentation de bridges, par M. Sauvez.

Démonstrations de M. Wirth.

Séance du 11 juillet 1905.

Présentation de travaux exécutés par les élèves de 1re année, par MM. Godon, Mahé et Delair.

Procédé d'aurification avec l'emploi de l'or et de l'étain, par M. Levett.

Mes prédécesseurs avaient l'habitude, après avoir dressé une liste semblable, de porter un jugement sur chacune des communications, des présentations et des démonstrations pratiques dont elle se composait.

C'est là une coutume que je ne suivrai pas. Outre que je n'ai pas la compétence voulue pour me livrer à un jugement exact, vous avez tous apprécié personnellement ces travaux parus *in extenso* dans notre organe officiel *L'Odontologie* ; il y aurait là un double emploi, ce qui allongerait inutilement ce rapport, en imposant à votre attention un effort superflu. D'ailleurs l'ordre du jour très chargé de cette séance m'oblige à être aussi concis que possible.

Cependant je ne puis passer sous silence la séance extraordinaire du 29 avril dans laquelle le professeur Sebileau a fait une magistrale conférence sur le traitement chirurgical des sinusites nous montrant

comment les anciens traitaient les suppurations chroniques du sinus maxillaire et comment lui-même les traite actuellement. M. Sebileau a prouvé d'une façon lumineuse que cette province limitrophe qu'on dénomme le sinus maxillaire a, successivement, fait partie du domaine des chirurgiens, des dentistes et des rhinologistes.

Après un historique très complet qui dénote, de la part du conférencier, une grande érudition, M. Sebileau a donné une description très claire des lésions anatomo-pathologiques des sinusites chroniques; puis, dans une revue rapide il a exposé, analysé et critiqué les différentes interventions pratiquées sur l'antre d'Highmore, d'abord par les chirurgiens, puis par les dentistes, enfin par les rhinologistes.

Pour conclure, M. Sebileau se fait le défenseur de l'opération, de Lamorier-Desault. « Eh bien, dit-il en terminant, l'opération de Lamorier-Desault, telle que je la pratique, et telle qu'il faut la pratiquer, ne mérite vraiment aucun des reproches dont on l'accable. »

M. le professeur Sebileau s'est, une fois de plus, révélé clinicien érudit et maître dans l'art de la parole. Après avoir eu le plaisir de l'entendre, nous aurons celui de le lire, car *L'Odontologie* va faire paraître très prochainement cette remarquable conférence. Nous adressons à M. Sebileau nos plus sincères remerciements pour le grand honneur qu'il a bien voulu nous faire.

La Société d'Odontologie a été invitée à la remise du buste d'Emmanuel Lecaudey à l'Ecole dentaire de Paris par le Comité de souscription. C'était légitime ; en effet, c'est bien notre Société qui a été l'initiatrice de cette souscription ; l'idée première de cette belle manifestation professionnelle est due à M. Loup, qui a occupé le fauteuil présidentiel durant l'année 1903-1904.

L'appel fait par le Comité de patronage a dépassé toute attente. Nombreux sont les confrères de Paris, de province et même de l'étranger, qui ont voulu prendre part à cette souscription ; ils ont tous désiré contribuer à perpétuer le souvenir du grand bienfaiteur de l'Ecole dentaire et de la Société d'Odontologie de Paris. Vous avez encore présente à la mémoire la splendide fête qu'a provoquée la remise officielle de ce buste. Cette cérémonie a eu lieu, dans cette école, le 30 avril, lors de la réunion de la F. D. N. suivie d'une série de démonstrations pratiques.

A ce légitime souvenir vient s'en ajouter un autre. Le Comité de patronage a décidé la fondation d'un prix Lecaudey, grâce au reliquat des fonds de cette souscription. Ce prix sera remis, tous les cinq ans, sous forme d'une médaille, au confrère dentiste qui aura présenté un travail important sur une des branches de notre art. Malgré la marche des années, qui jette parfois l'oubli sur les hommes de bien auxquels est redevable toute une génération, ainsi durera la mémoire

vénérée d'Emmanuel Lecaudey, aimé et respecté de tous ceux qui l'ont connu.

A l'occasion du passage à Paris de M. Dubeau, directeur de l'Ecole dentaire française de Montréal, de MM. Lemieux et Hébert de cette ville, la Société d'Odontologie a organisé une séance de démonstrations pratiques le matin à l'Ecole dentaire et une autre le soir. Dans cette dernière, une médaille de vermeil a été offerte à M. Dubeau en souvenir de sa présence à Paris. Notre distingué confrère en a profité pour nous faire une conférence très intéressante sur l'art dentaire au Canada, conférence publiée dans le journal, et pour nous inviter au Congrès dentaire qui aura lieu en août 1906 à Montréal.

Puisque je vous parle de Congrès, il est de mon devoir de signaler que notre société est demeurée fidèle à ses habitudes en prenant une part des plus actives au Congrès de l'A. F. A. S. tenu en août à Cherbourg. La sous-section d'odontologie, devenue officiellement section, nous a donné droit de cité dans cette grande association dont le passé et le présent sont une des gloires de la science française. La plupart des travaux qui y ont été présentés étaient dus aux membres de la Société d'Odontologie de Paris ; n'est-ce pas la preuve tangible de la vitalité de notre groupement scientifique ? Ce succès doit être également attribué à l'activité de M. Frey, président de la section et vice-président de notre société, qui n'a ménagé ni son temps ni sa peine.

Vous me permettrez de vous rappeler que votre bureau, ainsi que le Conseil de direction de l'Ecole dentaire de Paris, ont bien voulu me déléguer à cette réunion pour en faire un compte rendu paru dans notre journal.

Mais si nous avons occupé un rôle prépondérant à ce Congrès, nous ne sommes pas demeurés indifférents pour cela à ce qui s'est passé au dehors et à l'étranger. C'est ainsi que M. Platschick a été nous représenter à l'assemblée générale de la B. D. A. à Southport. Notre délégué, fidèle à sa mission, nous a donné un compte rendu des plus intéressants tant au point de vue professionnel qu'au point de vue technique.

Connaissant le zèle infatigable de notre confrère Platschick, votre bureau lui a confié une nouvelle délégation au Congrès de Hanovre en août dernier. Dans quelques instants nous aurons le plaisir d'entendre le rapport de notre délégué qui, j'en suis convaincu, doit contenir foule de choses intéressantes.

Nous adressons à M. Platschick nos chaleureux remerciements, et, comme notre confrère ne craint ni les distances ni les fatigues lorsqu'il s'agit de travailler pour la profession, il peut être assuré par avance que d'autres missions lui seront confiées. Je dois également

vous faire savoir que MM. Godon, Sauvez et Heïdé sont allés nous représenter à la réunion de la F. D. I. à Hanovre.

L'an prochain au mois d'août, c'est à Lyon que se tiendra la session annuelle de l'A. F. A. S. La Section d'Odontologie a confié la présidence au Dr Frey, choix des plus heureux et qui en assurera le succès certain. Notre société tiendra à honneur de participer à ce tournoi scientifique, dont l'annonce seule suffira à stimuler l'ardeur au travail d'un grand nombre de nos membres actifs. Je suis certain qu'il y aura là aussi une ample moisson de communications présentées par eux, sans préjudice de celles qu'ils vont nous apporter dans notre session régulière de 1905-1906, pour le succès de laquelle je fais les vœux les plus sincères, en souhaitant qu'elle ait une place à part dans notre société.

Maintenant, mes chers confrères, permettez-moi, au nom du bureau tout entier, d'adresser nos plus chaleureux remerciements et d'exprimer notre sincère reconnaissance aux membres de la Société d'Odontologie, collaborateurs zélés qui ont participé à la complète réussite de la session qui vient de s'écouler. Grâce à leurs efforts, grâce à leurs travaux, ils ont contribué aux progrès toujours croissants de la science odontologique.

Au moment de terminer ce court aperçu de nos travaux, j'ai à cœur d'exprimer aux membres du bureau mes sentiments de profonde gratitude pour leur précieuse et leur aimable collaboration ; permettez-moi de m'adresser en particulier au président, M. Delair, auprès duquel j'ai toujours trouvé les marques sincères d'une grande sympathie et d'une réelle amitié. Peut-être n'a-t-il point trouvé en moi un auxiliaire tel qu'il l'avait espéré. Mais il a su, en tout et partout, dans l'exercice de mon ingrate tâche, parfois très délicate, faire preuve à mon égard de la plus grande indulgence. Aussi a-t-il droit à mon entière reconnaissance.

ÉCOLE DENTAIRE DE PARIS

Vingt-sixième séance annuelle de réouverture des cours.

(Suite[1].)

CONFÉRENCE DE M. P. SEBILEAU,

Professeur agrégé à la Faculté de médecine,
Chirurgien des hôpitaux.

Il n'est pas nécessaire d'être un bien grand nosologiste pour imaginer que la dent, organe vivant, reliée à l'économie par un pédicule vasculo-nerveux, implantée dans la mâchoire et sertie par la gencive, participe nécessairement aux grands processus morbides du corps humain, ainsi qu'aux maladies locales des organes qui la contiennent, la protègent et la nourrissent.

Il n'est pas, non plus, nécessaire d'être un prothésiste consommé pour savoir que l'appareil dentaire, avec ses déviations, ses déformations, ses pertes de substance et ses destructions, est justiciable d'innombrables procédés de correction et de restauration tout à fait spéciaux qui proprement n'appartiennent qu'à lui et dont l'ensemble constitue dans « l'art de guérir » une thérapeutique tout à fait différenciée.

Aussi est-il deux points sur lesquels tous les dentistes, qu'ils soient docteurs en médecine ou qu'ils ne le soient pas, sont d'accord aujourd'hui : le premier, c'est qu'il est impossible d'être un bon dentiste à quiconque n'a pas puisé, dans l'étude des sciences médicales, où qu'elles lui aient été enseignées, les connaissances générales sans lesquelles la pathologie dentaire est inintelligible ; le second, c'est qu'il est également impossible d'être un bon dentiste à quiconque n'a pas été initié à la technique des opérations, des redressements et de la plastique dentaires.

1. V. *L'Odontologie* du 30 novembre 1905, p. 470.

Mais le différend s'élève entre les uns et les autres quand il s'agit d'apprécier les doses et d'estimer la quantité proportionnelle d'instruction générale et d'instruction technique qui convient à ce que j'appellerai, pour me faire bien comprendre, le dentiste idéal. Les docteurs en médecine disent : pathologiste d'abord, technicien ensuite. Les chirurgiens dentistes répondent : technicien d'abord, pathologiste ensuite. Les premiers comptent cinq ans de médecine générale (pour être docteur) et un an approximativement de technique dentaire. Les seconds calculent, avec la Fédération dentaire internationale : quatre ans de médecine générale et de technique dentaire enseignées parallèlement.

Voici l'explication de cette importante divergence. Pour la plupart des dentistes qui sont docteurs en médecine, le champ d'action du dentiste s'étend au delà de l'appareil dentaire proprement dit ; il embrasse encore la pathologie des gencives, des mâchoires et de la bouche, sauf pour les cas où cette pathologie ressortit à la grande chirurgie opératoire. Pour les dentistes qui ne sont pas docteurs en médecine ou pour ceux qui, tout en l'étant, pensent comme ceux qui ne le sont pas, le champ d'action du dentiste se limite aux affections de l'appareil dentaire et à leurs proches complications. Penser comme les premiers, c'est se dire « stomatologiste » ; penser comme les seconds, c'est se déclarer « odontologiste ».

Pour ceux-là, la pratique de l'art dentaire devrait être abandonnée aux seules mains de ceux qui ont puisé dans des études médicales prolongées et validées par la série régulière des examens de doctorat les connaissances que comporte l'exercice de toutes les branches de l'art de guérir. Pour ceux-ci, la pratique de l'art dentaire devrait appartenir à ceux-là seuls qui ont été initiés dans des écoles spéciales à toutes les difficultés de l'odontotechnie et y auraient montré des aptitudes contrôlées par un examen clinique spécial et des épreuves pratiques appropriées.

En d'autres termes, les stomatologistes regrettent qu'on puisse et pensent qu'on ne devrait pas pouvoir exercer

l'art dentaire sans avoir accompli le stage d'étudiant en médecine ; tandis que, de leur côté, les odontologistes regrettent qu'on puisse et pensent qu'on ne devrait pas pouvoir (fût-on docteur en médecine) exercer l'art dentaire sans avoir accompli le stage d'étudiant en chirurgie dentaire.

Chaque parti a lutté et lutte encore pour le triomphe de son programme ; chaque parti a apporté et apporte dans la défense des idées qui lui sont propres, son tempérament et sa manière.

Depuis de longues années déjà, les stomatologistes se sont employés à démontrer que la justice des choses et l'intérêt des malades comportaient, pour le dentiste, l'exigibilité du titre de docteur en médecine. Qui lira la collection de la *Revue de Stomatologie* pourra se rendre compte de l'ardeur et du talent avec lequel cette cause a été défendue. Mais les stomatologistes sont restés dans le domaine spéculatif ; en pratique, ils n'ont rien créé qui répondît à la conception qu'ils se faisaient de l'éducation technique du *médecin-dentiste*. Peut-être les efforts du groupe ont-ils manqué de cohésion.

Les odontologistes, de leur côté, se sont appliqués à surveiller, à guider et à protéger l'évolution du *chirurgien-dentiste*, leur créature. Tel qui lira la collection de *l'Odontologie* verra avec quelle ténacité, avec quel esprit de suite, avec quelle persévérante perspicacité les intérêts communs ont été soutenus par les chefs de file du parti. De la théorie, ceux-ci sont descendus à la pratique, et ils ont, depuis longtemps, créé des écoles aujourd'hui reconnues par le gouvernement, dans lesquelles ils ont, par un double enseignement parallèle, théorique et pratique, façonné le dentiste de leur conception, c'est-à-dire le dentiste technicien. Personne n'ignore le bel élan de mutualité qui a permis la difficile réalisation de cet objectif. Bref, les uns ont disserté ; les autres ont agi.

Telle est, me semble-t-il, la situation. Le moment est venu pour moi — moment difficile — de dire ce que j'en pense.

Eh bien ! il y a, dans la thèse des stomatologistes, un ar-

gument que personne ne songe à contester : c'est qu'à égalité de connaissances techniques, bien entendu, le dentiste qui est docteur en médecine a, sur le dentiste qui ne l'est pas, un indiscutable avantage. On ne peut tenir pour quantités négligeables les longues études préparatoires au baccalauréat, les deux années d'étude de la science anatomique, le séjour prolongé à l'hôpital où se développe l'esprit d'observation et où s'exerce lentement, dans la quotidienne fréquentation, l'influence du maître sur les élèves. Ce n'est pas seulement parce qu'ayant plus de temps pour apprendre la médecine, il l'a mieux apprise, que le stomatologiste, envisagé à ce point de vue, a barres sur l'odontologiste ; c'est encore et surtout parce que, dans cette longue traînée d'éducation mentale qui s'étend du collège à la thèse inaugurale, il a pu former et discipliner son jugement, s'instruire des fécondes comparaisons, s'élever des contingences aux idées générales.

Et s'il fallait chercher la preuve de cet avantage qu'en dehors de toute question de technique professionnelle le passé donne à celui qui est médecin sur celui qui ne l'est pas, ne la trouverions-nous pas ici, dans le personnel enseignant de cette École dentaire de Paris, où, à cette heure, beaucoup de professeurs sont docteurs en médecine, où d'anciens internes des hôpitaux coudoient les odontologistes les plus impénitents, où les plus fervents dentistes orientent leurs fils vers le doctorat (j'en ai deux pour externes) ; ne la trouverions-nous pas encore, cette preuve, dans la jeunesse de cette école dont il n'est pas rare que des élèves — même des demoiselles ! — viennent en mon cabinet m'interroger sur les voies et moyens qui peuvent conduire le chirurgien-dentiste à la thèse inaugurale ?

Eh bien ! cet avantage que des études plus longues et plus étendues confèrent au docteur en médecine, quel usage en doit faire celui-ci ? Lequel est dans le vrai, ou du docteur stomatologiste qui, fort de son titre, se dresse contre la loi qui donne au chirurgien-dentiste le droit d'exercer l'art dentaire, faisant ainsi table rase de l'éducation technique

où celui-ci a pu arriver à un haut degré de perfection, ou du docteur odontologiste qui, à l'image des professeurs de cette école, met ses connaissances et son expérience au service du jeune étudiant en dentisterie, se dévoue à son éducation spéculative et professionnelle, l'admet au sein des sociétés savantes où lui-même communique, rapporte et discute ?

A cette question répondra l'avenir, qui répond à tout.

Pour ma part, j'ai l'impression qu'on peut trouver les éléments de la solution future du problème dans les arguments que les chirurgiens-dentistes opposent aux médecins-dentistes.

Nous sommes nés, disent les odontologistes, de la nécessité même des choses ; le même besoin qui nous a créés a, du même coup, assuré notre développement et la ruine progressive du vieux système. Nous appliquons à notre évolution et à l'évolution des stomatologistes les termes de cette grande loi anatomique qui dit que la fonction fait l'organe et que tout organe qui ne fonctionne plus s'atrophie et devient rudimentaire.

La thèse des chirurgiens-dentistes repose, en effet, sur des arguments dont il est impossible de méconnaître la force ; cette force s'appuie sur la statistique, sur l'évolution de la dentisterie, sur la création et le développement des écoles dentaires. Envisageons tour à tour chacun de ces facteurs.

La statistique. — Le dentiste est devenu un organe nécessaire du grand mécanisme social ; même, il est encore un organe numériquement insuffisant. Il y a en France un dentiste pour 12.036 habitants. Comme Paris en compte un pour 2.077, il résulte de cela que le reste la France n'a plus qu'un dentiste pour 16.387 habitants. Bien plus riches sont les États-Unis, ce pays des maîtres en art dentaire, qui pour 80.000.000 d'habitants possèdent 32.000 dentistes, soit un pour 2.500. Pour que la France se mette au pair sur ce point avec la grande République américaine, où il est vrai de dire que les praticiens ne sont peut-être pas très au large, il faut qu'elle arrive à créer cinq fois plus de dentistes

qu'il n'y en a à l'heure actuelle. Que ceux qui crient à la pléthore méditent sur cet avenir plein de promesses !

Ici se place une constatation qui a, dans la thèse des odontologistes, une importance de tout premier ordre. La voici :

Sur les 3.200 praticiens de l'art dentaire qui exercent en France, il y en a 250 seulement (à peu de chose près) qui soient docteurs en médecine. Or notre pays est abondamment pourvu de médecins ; il en regorge presque (un médecin pour 2.215 habitants). Il est peu de praticiens qui ne se plaignent des difficultés croissantes de la profession. En lisant les comptes rendus des séances des syndicats médicaux, on se rendra facilement compte des efforts constants que ceux-ci sont obligés de faire pour atténuer, dans la mesure du possible, les malencontreux effets de tous les obstacles qui se dressent aujourd'hui devant le praticien qui suit la carrière médicale ordinaire et qui, presque tous, il faut savoir le reconnaître, naissent précisément de l'encombrement de cette carrière.

Quelle est donc la cause de cet abandon, par le médecin, de l'exercice de l'art dentaire où tout indique qu'il trouverait une situation plus douce et plus facile, une situation où il aurait moins de peine à prendre, moins de responsabilité à engager, plus de liberté à goûter, et, disons-le franchement, plus de bénéfices à réaliser ? Ne la cherchez pas ailleurs que dans ce fait qu'après cinq ou six années d'études, la thèse passée, le jeune confrère est, la plupart du temps, à bout d'efforts et à bout de ressources, qu'il est impérieusement appelé par sa famille vers la clientèle et qu'il n'a plus, quand il entrevoit pour lui l'éventualité de la profession dentaire, ni le temps, ni le courage, ni l'argent que comportent deux nouvelles années d'odontotechnie.

L'évolution de la dentisterie. — Les dentistes qui sont docteurs, vous disais-je au début de cette conférence, invoquent contre ceux qui ne le sont pas leur qualité de stomatologistes ; leur pratique à eux, stomatologistes, irradierait ou pourrait, éventuellement, irradier de l'alvéole et des

dents à la mâchoire, aux joues, à la langue, à toute la bouche. A cet argument les odontologistes répliquent qu'il est purement théorique, qu'en fait l'exercice stomatologique du praticien de l'art dentaire, n'est qu'une fiction et qu'un dentiste ne fait, en réalité, que de la dentisterie. Au demeurant, je crois bien qu'il n'est pas un stomatologiste pour nier qu'il en soit ainsi, et j'ai l'impression qu'en faisant valoir en faveur de leur thèse la pratique stomatologique, les docteurs font allusion seulement à ces petites interventions qui côtoient l'art dentaire et en sont presque inséparables la perforation du fond de l'alvéole, l'extraction d'un séquestre alvéolaire, l'ouverture d'un abcès dentaire, le curettage d'une petite cavité kystique.

En fait, il est donc certain qu'il n'est aucune branche de la thérapeutique qui soit plus ni mieux différenciée que la dentisterie et que c'est là, de toutes les spécialités, si je puis dire, la plus jalouse. Nulle part la technique ne se présente comme plus indispensable ; nulle part, le travail manuel ne nécessite une éducation plus indépendante des techniques générales de l'art de guérir, et cette éducation paraît à la fois si nécessaire et si difficile qu'au Congrès de 1902 de la Fédération dentaire internationale, certaines écoles ont affirmé qu'elle ne nécessitait pas moins de quatre années de stage technique et qu'en France la commission de médecine et de pharmacie du comité consultatif de l'enseignement public, réunie en séance spéciale le 24 juin 1904 pour donner son avis sur le projet de réforme des études et des examens odontologiques qui avait été adressé au recteur de l'Académie de Paris par votre école, que ce comité, dis-je, a reconnu à l'unanimité la nécessité de relever l'habileté technique de l'étudiant dentiste et a émis dans ce but un vœu tendant à imposer à cet étudiant un stage préliminaire de deux ans dans le laboratoire d'un dentiste avant d'entrer dans les écoles, stage terminé par un examen de validation.

L'odontotechnie a réalisé, en effet, de tels progrès que non seulement elle s'est, pratiquement séparée de la stoma-

tologie, ce mot étant compris dans son sens le plus compréhensif, mais qu'elle même s'est divisée, scindée en plusieurs spécialités secondaires. Vous n'ignorez pas qu'aux Etats-Unis il n'est pas rare de trouver réunis dans la même maison un spécialiste de l'extraction, un spécialiste des aurifications, un spécialiste de l'émail, un spécialiste du bridge.

Un stomatologiste, qui ne manque pas d'esprit, disait récemment, à ce propos, dans une boutade amusante, que nous ne tarderions pas à voir apparaître le dentiste pour dents du haut et le dentiste pour dents du bas ! Qui sait ?

Les écoles dentaires. — Moins rêveurs que les stomatologistes, les odontologistes, disais-je au début de cette conférence, ont créé des écoles dentaires. Ils ont ainsi rendu des services dont il est impossible d'apprécier le nombre ni la portée en répandant de bons, de très bons praticiens dans une foule de villes et de grands villages où la dentisterie (la dentisterie limitée à la simple extraction), méprisée du médecin malhabile à la pratiquer, était l'apanage des empiriques. Ma première molaire fut arrachée par un armurier auquel m'avait adressé un de mes proches parents, médecin tout à fait distingué. Cet armurier avait des mains énormes et il me fit un mal affreux.

Peu à peu le nombre des élèves a augmenté dans toutes ces écoles dentaires si fragiles encore il y a quelque quinze ans. Elles se sont accrues ; elles ont pris de l'importance ; elles se sont soutenues par une entente commune entre les professeurs et les élèves devenus praticiens à leur tour ; elles sont devenues puissantes par l'instruction technique qu'elles ont répandue et par les services qu'elles ont rendus à la population indigente. Ainsi elles ont fait la force de ceux qui avaient eu le courage de les fonder ; c'est à elles, il n'y a pas de doute, que le chirurgien-dentiste doit d'avoir aujourd'hui une existence officielle, car ce sont elles qui ont fait de ce chirurgien-dentiste le praticien éclairé et habile qu'il est aujourd'hui.

Et combien différentes elles se montrent aujourd'hui, ces écoles dentaires, dans l'incessant progrès qu'elles s'efforcent de réaliser et qui, certes, ne les a pas encore conduites à la perfection, de ce qu'elles étaient il y a seulement dix ans! Pour ce qui concerne la vôtre, messieurs, cette Ecole dentaire de Paris qui fête ce soir les meilleurs de ses élèves, quelles améliorations n'a-t-elle pas vues depuis que, sur le conseil du professeur Brouardel, doyen de la Faculté de médecine, j'y ai fait mon premier cours ? Au point de vue théorique, n'avez-vous pas maintenant l'étude des grandes dispositions anatomiques que vous enseigne sur le chien avec tant de compétence mon ami Alexis Julien, la dissection du cadavre humain que vous pratiquez à Clamart sous la haute et bienveillante direction de mon maître Quénu, la fréquentation des hôpitaux dont M. Mesureur, toujours prêt aux bonnes et belles choses, vous a ouvert les portes ? Et, au point de vue technique, n'avez-vous pas l'appareil fantôme sur lequel vous vous exercez avant d'entrer à la clinique dentaire et qui, de toutes les innovations, doit être, j'imagine, la plus goûtée par les patients qui sont appelés à juger en personne de l'élégance de vos premiers gestes d'opérateurs ? N'avez-vous pas aussi ce vaste et lumineux atelier de prothèse où vous instruit des choses de la mécanique ce fin manieur de métaux qui s'appelle Delair ?

Ah ! jeunes amis, si vous saviez bien utiliser tant de bonnes choses ! Voulez-vous un conseil ? Il me semble que souvent vous étudiez mal. En dentisterie, attardez-vous aux plus petits détails ; mais, en médecine, étudiez à fond les grandes questions. Aux examens où il n'est pas douteux que, d'année en année, vous avez réalisé de grands progrès, comme l'ont attesté plusieurs de mes collègues, il m'arrive souvent de trouver que vous savez beaucoup de choses, presque trop, mais que vous les savez mal, que vous les avez apprises et non comprises. Méditez longtemps sur les grandes dispositions anatomiques, sur les grandes lois physiologiques, sur les grands processus morbides. Quand vous serez bien pénétrés de ces questions fondamentales,

vous apprendrez sans peine ce qu'il faut que vous sachiez de médecine et de chirurgie spéciales.

Et n'oubliez pas, surtout, que vous ne sauriez trop sacrifier à l'odonto-technique. Sans la technique, le chirurgien-dentiste n'a plus sa raison d'être ; du jour où il se refuse à l'apprendre, il se supprime. Sauvez reprochait l'autre jour à un élève de ne pas travailler la prothèse : « Je prendrai un mécanicien », répondit celui-ci. « Et les aurifications ? » ajouta Sauvez. — « Je prendrai un opérateur », répliqua le jeune homme. Il n'est de pire disposition d'esprit.

C'est donc parce qu'il y a encore place dans notre pays pour de nombreux praticiens de l'art dentaire ; c'est parce que le chirurgien-dentiste de nos jours a bien appris et connaît bien son métier ; c'est parce que l'odontologie s'est de plus en plus spécialisée et que la technique y prend de plus en plus d'importance ; c'est, enfin, parce que les écoles dentaires, répandent aujourd'hui un enseignement technique que les médecins eux-mêmes sont obligés d'y venir puiser (en France ou à l'étranger) à la fin de leurs études, c'est pour tout cela que le chirurgien-dentiste ne peut pas, à mon avis, disparaître et qu'il ne disparaîtra pas.

Il ne disparaîtra pas, mais il se transformera. Le règlement exigera, pour l'entrée à l'Ecole dentaire, des connaissances plus étendues et un âge plus avancé : ainsi un diplôme plus élevé assurera une première sélection ; le nombre des années d'étude sera augmenté ; l'instruction théorique sera mieux dirigée, l'enseignement se circonscrira et se perfectionnera ; le stage odontotechnique sera plus long, plus varié, mieux surveillé ; les examens d'Ecole et les examens d'État, consécration de tous les progrès accomplis, seront plus appropriés aux études ; ils seront plus difficiles, sinon plus nombreux.

Vous vous perfectionnerez, messieurs, et vous évoluerez, comme toute chose ici-bas, selon la grande loi du progrès.

Le stomatologiste évoluera lui aussi. Tandis que, par une instruction première plus étendue et par des études médicales plus sérieuses et mieux comprises, vous vous rap-

procherez de lui, de son côté il fera voile vers vous par le soin qu'il apportera à étudier l'odontotechnie et à s'y perfectionner.

Où aboutira cette évolution parallèle? Qui pourrait le dire aujourd'hui où chaque jour, en médecine, l'enseignement théorique, l'enseignement clinique, l'enseignement pratique, les examens eux-mêmes se transforment? Aboutira-t-elle à la fusion? Aboutira-t-elle à l'équivalence? Lequel des mécanismes prévus, lequel des programmes élaborés réalisera ce rapprochement nécessaire et fatal? Je l'ignore.

Et jusqu'au jour où s'accomplira par les décrets et les règlements cette bienfaisante anastomose, souhaitons au moins que, sans renoncer à la lutte pour le triomphe de ce qu'ils pensent être le bien, stomatologistes et odontologistes vivent dans la paix de la science et travaillent ensemble au bonheur de l'humanité.

« Descends que je t'embrasse,
.... Et cependant viens recevoir
Le baiser d'amour fraternelle ».

disait au coq le renard de la Fable; mais le renard nourrissait de trop noirs desseins...

PALMARÈS

Scolarité 1904-1905.

4e année.

Elèves ayant obtenu le diplôme de l'Ecole.

Session de juillet.

M. Nahr.
Mlle Weiskopf.
MM. Cora.
Tanquerey.
Xynogolas.
Joanidès.
Nicopoulos.
Nemenoff.
Pacheco.
Stanesco.

Session d'octobre.

M. le Dr Dalban.
Mme Chevalier.
Mlles Smorzaska.
Christoska.

3e année.

Session extraordinaire de février 1905.

Elèves ayant obtenu le diplôme de l'Ecole.

MM. Pilliere de Tarouarn (Eugène).
De Lemos (Robert).
Lignières (Alfred).
Villain (Henri).
Mlle Hervo (Marie-Amélie).
MM. Engler (Théodore).
Vialettes (Gabriel).
Morche (Robert).

Session de juillet.

Epreuves théoriques et pratiques.

MM. Paillotin.
Frinault.
Darcissac.
Letierce.
Lévèque.
Mlle Cordonnery.
MM. Nonin.
Sibut.
Teisset.
Léger.
Couturier.
Raynal.
Viau.
Machtou.
Martine.
Bruschera.
Lemaire.
Despré.

MM. Aprato.
Audry.
Feuvrier.
Valeusi.
Mlles Ricatte.
Leroy.
MM. Plotniskoff.
Pichat.
Tenet.
Steinberg.
Michallon.
Bourdeau.
Jean.
Stiévenart.
Aye.
Bousquet.
Chenivesse.
Badillé.

Session d'octobre.

M. Charbonnier.

2e année.

MM. Sénécal.
Smadja.
Carré.

MM. Baunes.
Bennejeant.
Mlle Bennejeant.

1re année.

MM. Bouvier.
Bacri.
Seitz.

MM. Cottard.
Smadja.
Bandelier.

RÉCOMPENSES

4e année.

M. NAHR. — **1er Prix d'excellence :**
Une médaille de vermeil offerte par l'école.

Mlle WEISKOPF. — **2e Prix d'excellence :**
Une médaille en argent offerte par l'école.
Un volume donné par la Préfecture de la Seine.
Un bon de 50 francs d'instruments offert par la maison Weber.

M. le Dr CORA. — **Mention honorable spéciale.**

M. TANQUEREY. — **Mention honorable.**
Un volume offert par M. Lombard.

3e année.

M. PAILLOTIN. — **1er Prix d'excellence.**
Prix d'épreuves cliniques.
Prix de clinique.
Une médaille en vermeil offerte par M. le Ministre du Commerce.
Une médaille en vermeil offerte par l'école.
Un meuble aseptique offert par M. Deglain.
Une trousse de daviers, offerte par la maison Victor Simon.

M. FRINAULT. — **2e Prix d'excellence :**
Une médaille en argent offerte par l'école.
Un tour à fraiser, offert par la maison White.
Un maillet automatique avec 24 pointes et écrin offert par la Société coopérative.

M. DARCISSAC. — **3e Prix d'excellence :**
Une médaille en bronze offerte par l'école.
Un four de Downie offert par M. Platschick.
Un masque Robinson offert par M. Morale.
Trois boîtes de chlorure d'éthyle offertes par la Société chimique des usines du Rhône.
Deux boîtes de stovaïne offertes par M. Billon.
Un volume offert par M. Lombard.

M. COUTURIER. — **Prix d'épreuves pratiques.**
Prix de 100 francs, consistant en un bon d'instruments offert par M. Sauvez.

M. RAYNAL. — **Prix de prothèse restauratrice.**
Bon de 50 francs offert par M. Delair.

Première mention honorable. — M. LETIERCE.
Six daviers offerts par M. Morale.

Deuxième mention honorable. — M. Levèque.
Un support nickelé avec tablettes verre offert par la maison Wirth.

Troisième mention honorable. — Mlle P. Cordonnery.
Un porte-fraises aseptique offert par M. Riasse.
Douze tablettes verre offertes par M. Deglain.

2e année.

M. Sénécal. — **Prix d'excellence.**
1er Prix d'épreuves pratiques et de clinique.
Un tour de cabinet offert par la maison Ash.
Quatre volumes du Congrès de 1900 offerts par M. Burt.

Deuxième prix. — M. Smadja.
Une trousse d'instruments, valeur 50 francs offerte par M. Weber.

Troisième prix. — M. Carré.
Un plateau aseptique offert par M. Deglain.
Six miroirs à bouche offerts par M. Deglain.

1re année.

M. Bouvier. — **1er Prix d'excellence.**
Prix Lecaudey.
Un bon de 30 francs offert par M. Audy.

Deuxième prix. — M. Bacri.
Un volume donné par la Préfecture de la Seine.

Troisième prix. — M. Seitz.
Un volume donné par la Préfecture de la Seine.

(A suivre.)

NÉCROLOGIE

Jean-Adolphe Dugit.

Nous apprenons avec le plus vif regret la mort de M. Jean-Adolphe Dugit, décédé à l'âge de 82 ans, à Boissy-Saint-Léger (Seine-et-Oise), le 29 novembre.

Il était le père de notre ami Adolphe Dugit, membre fondateur de l'Ecole dentaire, qui avait été avec MM. Claser, M. Dugit, Godon, Viau, etc. l'un des fondateurs du Cercle des dentistes et qui est mort également il y a quelques années.

Membre honoraire de l'Association générale des dentistes de France, Jean-Adolphe Dugit avait été un des dentistes notables qui avaient bien accueilli la jeune phalange lors de son projet de création de l'Ecole dentaire de Paris. Son cabinet était un des plus anciens de Paris, car il avait succédé à Taveau et à Mouton.

Nous adressons à sa famille l'expression émue de nos sincères condoléances.

M. Lejars.

Nous apprenons également la mort de M. Émile-Lucien Lejars, chef du service du personnel à l'Assistance publique de Paris, décédé le 11 décembre 1905, dans sa 45e année, à Paris.

Il s'occupait principalement de la dissection à l'amphithéâtre d'anatomie des hôpitaux et l'Ecole dentaire de Paris avait été en relations avec lui à ce titre.

C'est une personnalité très sympathique qui disparaît, nous prions sa famille d'agréer nos vifs regrets de cette perte.

NOUVELLES

Association générale des Dentistes de France.

Vu le nombre et l'importance des communications déjà soumises au Conseil d'administration, le Bureau de l'A. G. décide de reporter à la première quinzaine de janvier la réunion de ce Conseil dont la date exacte sera annoncée aux intéressés par voie de convocation.

Tous les membres de l'A. G. qui auraient des vœux à formuler sont instamment priés de profiter de ce délai pour les faire parvenir avant le 25 décembre.

Pour faciliter le travail, adresser toutes les correspondances à M. Th. Hugot, secrétaire général, 44, avenue Wagram, Paris-8e.

Nominations.

Nous avons le plaisir d'apprendre que notre directeur, M. Godon, a été nommé membre honoraire de la Société médico-dentaire de Barranquilla (République de Colombie) et membre honoraire de la Société des dentistes norvégiens.

Exposition internationale de Milan.

L'exposition internationale de Milan, que nous avons annoncée à nos lecteurs, comprendra, dans le groupe 17, deux divisions susceptibles d'intéresser l'art dentaire en général et les écoles et dispensaires dentaires en particulier :

1° L'hygiène, la médecine et la chirurgie ;

2° L'assistance publique et privée.

Nous pouvons dire dès à présent que l'École dentaire de Paris prendra part à cette exposition et figurera dans le groupe 17, dont notre directeur, M. Godon, est un des vice-présidents, M. Sauvez le secrétaire, et le Dr Beurnier le président.

Ajoutons qu'un certain nombre de congrès internationaux seront annexés à l'Exposition. Un des plus importants intéressant le groupe 17 sera le 4e *Congrès international d'Assistance publique et privée*, qui se tiendra à Milan du 23 au 27 mai 1906. Le Comité de ce congrès, placé sous la présidence de M. Casimir Périer, comprend les noms les plus éminents de toutes les nations d'Europe, des Etats-Unis d'Amérique, de la République Argentine, du Brésil et du Japon.

Errata.

P. 475, n° du 30 novembre, 4e ligne haut, une erreur d'impression nous a fait dire : M. Touchard a été nommé *professeur suppléant* de clinique le 26 octobre 1897. Il faut lire ainsi : *il a été nommé professeur suppléant de clinique le 29 octobre 1892 et professeur titulaire de clinique le 26 octobre 1897*, poste, etc.

P. 492, même numéro (Société d'Odontologie), le parag. « A propos de la communication du Dr Herbst, de Brême, etc.:.., » doit être rectifié ainsi : « A propos de la communication etc., etc., M. Godon communique les résultats qu'il a obtenus chez une pa-

tiente qui, *sur sa demande*, porte sans inconvénient un appareil à plaque fixé avec du ciment, *que l'on change environ tous les deux ans.* »

Ecole dentaire de Paris.

L'Assemblée générale annuelle ordinaire de la Société de l'Ecole et du Dispensaire dentaires de Paris a eu lieu le mardi 12 décembre, quatre-vingt-quinze membres étaient présents.

Après adoption du procès-verbal, l'Assemblée a voté un ordre du jour renouvelant à M. Godon la confiance de la Société ; elle a approuvé le rapport du Secrétaire général, présenté par M. G. Lemerle, secrétaire des séances, auquel elle a voté des félicitations ; elle a approuvé ensuite le rapport de M. d'Argent, trésorier, auquel elle a adressé des remercîments pour le zèle avec lequel il remplit ses fonctions depuis treize ans.

Sur la proposition de M. Sauvez, faite au nom du Conseil d'administration, elle a décidé la création d'une chaire de prothèse restauratrice et nommé à titre exceptionnel M. Delair, professeur titulaire de prothèse restauratrice en raison des services exceptionnels qu'il a rendus à l'Ecole.

Il a été procédé ensuite à l'élection de dix membres du Conseil d'administration. MM. d'Argent, Blatter, Bioux, Sauvez, Loup, Pélissier, Gillard, Loriot, H. Villain et Tzanck ont été élus pour deux ans.

Subvention.

Sur la proposition de M. Firman, directeur de l'Assistance et de l'hygiène publiques, une subvention de deux cents francs a été accordée par décision de M. le Ministre de l'Intérieur en date du 6 décembre à la Société de l'Ecole et du Dispensaire dentaires de Paris.

Société d'Odontologie.

Séance du 5 décembre 1905.

La Société d'Odontologie de Paris a tenu sa séance mensuelle de décembre à 8 h. 1/2 du soir sous la présidence de M. Frey, président.

MM. Le Cron (de Saint-Louis) et *Dobry*, président de la Société d'Odontologie de Saratof (Russie), assistaient à cette séance.

Après lecture de la correspondance, qui comprend une note de

Rigolet (d'Auxerre) sur plusieurs cas d'éruption dentaire tardive, *M. Frey,* fait adopter un vœu relatif à la date des séances qui suivent les démonstrations pratiques.

M. Delair présente un appareil en étain pour fractures de la mâchoire, appareil simple, ingénieux, d'une confection rapide et peu coûteuse, qualités qui en recommanderaient l'emploi dans l'armée, où l'art du dentiste pourrait ainsi être utilisé.

M. Weber fait une communication détaillée portant sur la technique de l'aurification ; il donne également la description d'un lavabo antiseptique.

M. Platschick étudie ensuite les fours électriques à pyromètre ; il fait fonctionner un des fours dont il fait usage, et annonce qu'il fait don à l'Ecole et à la Société de deux fours semblables à celui qu'il présente et dont chacun a pu apprécier la précision.

M. Blatter, au nom de M. A. de Frey, de Philadelphie, présente un nouveau masque pour l'anesthésie générale au sœmnoforme.

M. Sautier présente, au nom de *M. Schaller* et au sien, des appareils et une soudure d'aluminium.

La séance est levée à 11 h. 1/2.

Séance du 3 décembre 1905.

Le dimanche 3 décembre, à 9 heures du matin, avait eu lieu, à l'Ecole dentaire, une séance de démonstrations pratiques avec le programme suivant :

1° Démonstration de porcelaine, par M. le Dr Le Cron ;

2° *a*) Démonstration de ciment et d'étain.

b) Démonstration d'étain et d'or, par M. Levett ;

3° *a*) Démonstration sur les travaux à pont avec couronnes fenêtrées en or sur les canines.

b) Démonstration de couronnes en or pour les molaires à face triturante quadrillée, par M. le Dr Amoëo ;

4° Démonstration sur l'anesthésie pulpaire, par M. Hugot ;

5° Nouveau four à pyromètre, par M. Platschick ;

6° Démonstration de la préparation des racines au moyen de l'appareil Frettaur de M. Touvet-Fanton.

25e ANNÉE. N° 24 30 DÉCEMBRE 1905 VOL. XXXIV

L'ODONTOLOGIE

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

TRAVAUX ORIGINAUX

CONSIDÉRATIONS SUR L'ACTION MÉCANIQUE DE LA MACHOIRE ET SES APPLICATIONS A L'ART DENTAIRE

Par CH. GODON,

Directeur de l'École dentaire de Paris.

(Communication au Congrès de Cherbourg de l'A. F. A. S. et à la Société d'Odontologie de Paris.)

(Suite et fin[1]*.)*

IV. — MÉTHODE OPÉRATOIRE POUR MAINTENIR OU RÉTABLIR L'ÉQUILIBRE ARTICULAIRE DES DENTS DANS LES ARCADES DENTAIRES.

Applications à la dentisterie opératoire et à la prothèse dentaire des règles de la méthode pour la conservation et la reconstitution des contacts et des plans d'articulation naturels des dents et des arcades dentaires.

Examen dentaire complet. — Une des premières applications qui s'imposent pour mettre en pratique cette méthode est de faire un examen complet de la bouche. Or, l'examen dentaire tel qu'on le pratique habituellement avec les moyens en usage (miroir à bouche, sonde, percuteur,

1. V. n° du 15 décembre 1905, p. 493.

etc.) ne saurait suffire. Il permet de constater l'état de détérioration des couronnes dentaires ou leur absence, la sensibilité des dents, leur solidité ou leur ébranlement, l'absence des contacts proximaux, mésiaux et distaux ; il ne permet pas de constater d'une manière suffisante les troubles apportés aux divers plans d'articulation des arcades dentaires ou même d'une dent déterminée, dans les mouvements de mastication.

Pour cela, il est nécessaire de prendre une empreinte des deux arcades dentaires et de leur articulation et de constituer des *modèles d'examen et d'étude*, comme l'indique Peeso pour la construction des bridges [1].

Ces modèles doivent être montés sur des *articulateurs anatomiques, d'après les modèles de Bonwill perfectionnés, l'articulateur de Christiensen*[2] *ou plus simplement celui de Weiss, par exemple*[3]. Dans les cas limités à une ou deux dents, on peut se contenter d'une empreinte partielle et se servir du petit articulateur à ressort pour les couronnes.

A l'aide de ces modèles seulement il est possible de se rendre compte d'une manière précise de l'étendue des troubles apportés au mécanisme de la mastication, du nombre de plans d'articulation disparus dans les arcades dentaires ou dans une dent déterminée au moment de chacun des mouvements articulaires de la mâchoire et des procédés de la dentisterie opératoire ou de la prothèse au moyen desquels on pourra reconstituer l'équilibre articulaire.

Il est surtout très facile avec ces modèles de le faire mieux comprendre à son patient ; alors que la mastication devrait être considérée par lui comme la fonction principale de son système dentaire, il est généralement plus préoccupé des troubles de la sensibilité, parce qu'il les sent, des troubles apportés à l'esthétique, parce qu'il les voit, que de ceux

---

1. A. Peeso, *A. B. C. des couronnes et des bridges*, *Dental Cosmos* et *Odontologie*, traduction M. Godon. Paris, 1905.
2. V. *Odontologie* du 30 juin 1904, p. 601.
3. *Ibid.* *ibid.* p. 602.

de la mastication. Il considère ces derniers comme secondaires quand il n'a pas encore subi de ce fait de troubles généraux.

Parmi les procédés de reconstitution adoptés, il en est qui doivent être empruntés à la dentisterie opératoire, d'autres à la prothèse, suivant les cas. Les mêmes règles s'imposent dans les deux cas. Nous allons les passer brièvement en revue.

Restaurations partielles (*Obturations*). — S'agit-il d'une carie dentaire mésio-triturante ou disto-triturante, si elle est petite ou moyenne, il faudra reconstituer soigneusement les contacts latéraux, les tubercules et les sillons de la surface occlusale par une obturation ou une aurification dite de contour ; donc les limages pour faire de la place et les larges séparations interdentaires pour le nettoyage ou les obturations interstitielles en plans inclinés doivent être évités, de même les surfaces triturantes plates, à moins qu'on ne soit en présence d'une articulation bout à bout.

S.-H. Guilford s'exprime ainsi à ce sujet :

« La méthode de contour pour les obturations basée, comme cela est indiqué, sur les principes physiologiques, anatomiques et mécaniques, est devenue la méthode d'opérer généralement acceptée. L'expérience a prouvé que c'est la seule méthode rationnelle de traitement des surfaces proximales, car par ce procédé, nous assurons toutes les conditions désirables de préservation du contour naturel des dents, leur contact nécessaire, l'immunité contre les futures caries et la protection du bord de la gencive. Cette pratique implique quelques sacrifices de structure de dent saine le long des faces buccale et linguale, aussi bien qu'une plus grande dépense de temps pendant l'obturation et le polissage, mais les résultats compensent ces deux inconvénients[1]. »

Restaurations totales (*Couronnes*). — Si la carie dont il est question plus haut est assez étendue, si elle dépasse le tiers de la couronne naturelle, par exemple, alors l'obturation de contour n'offrira plus, le plus souvent, la force suffisante pour résister aux pressions exercées sur les divers plans

1. S.-H. Guilford, *Préparation des cavités*. American text book of operative Dentistry, edited by Ed. Kirk, Philadelphia, 1900.

d'articulation de la dent pendant les actes masticatoires. Une couronne artificielle métallique sera plus indiquée dans ce cas, non pas naturellement une couronne à bords droits et à face triturante presque plate, comme on les fait encore trop souvent, mais une couronne reproduisant aussi parfaitement que possible la forme extérieure convexe avec les tubercules et les sillons de la dent qu'elle doit recouvrir (fig. 12 et 13).

Il serait notamment nécessaire de suivre pour sa construction les indications de préparation des dents de la méthode de Bonwill et d'employer le petit articulateur anatomique pour couronnes cité ci-dessus, comme l'indiquait Amoedo dans une démonstration à l'Ecole dentaire il y a quelque temps [1].

Fig. 12.

Fig. 13.

Bridge-Works. — Une, deux, trois dents sont absentes, des molaires, par exemple ; contrairement à ce qui se passe le plus souvent dans la clientèle, il faut faire comprendre à son patient les inconvénients que nous avons énumérés résultant de cette absence de contact et de plans d'articulation. La reconstitution admise, les bridges ou travaux à pont fixes ou amovibles, suivant les cas, sont les appareils de choix au point de vue du mécanisme articulaire, s'il existe les arcs-boutants nécessaires. Ils ont une grande fixité, ils offrent par suite une grande puissance dans la mastication ; ils permettent une reproduction exacte des surfaces articulaires des dents qu'ils remplacent et la reconstitution de tous les plans d'articulation ; mais cela doit être fait aussi soigneusement que pour les couronnes isolées

1. Amoedo. *Odontologie.*

et en se servant toujours, pour les construire, de l'articulateur anatomique et en appliquant, comme pour les dentiers, les lois sur l'articulation de Bonwill [1].

Appareils mobiles à plaque. — Dans le cas où il n'existe pas d'arcs-boutants ou bien où ceux qui existent paraissent insuffisants, c'est l'appareil mobile à plaque qui s'impose. Là encore, les considérations développées dans ce travail ont leurs applications.

Le plus souvent, on se préoccupe davantage dans ces sortes d'appareils de l'apparence extérieure de la dent que de sa face triturante. Les mêmes prescriptions indiquées pour les couronnes et les bridges doivent être observées pour les appareils partiels à plaque.

Il faut pour chaque dent rétablir ses divers plans d'articulation que l'on obtient avec l'articulateur anatomique. A ce propos, quand certaines dents naturelles se sont allongées ou déplacées par suite de l'absence d'antagonistes, on ne doit pas hésiter à les diminuer de longueur, si cela peut aider à rétablir les plans d'articulation.

Il résulte de ces indications que l'usage des dents plates, c'est-à-dire sans tubercules, doit être réduit aux cas où des déplacements articulaires que l'on ne peut corriger empêchent de faire autrement, à moins qu'elles ne soient complétées par des tubercules métalliques, tels que ceux employés pour les couronnes, comme les Hollingsworth par exemple, qui, sans nous donner toute satisfaction se rapprochent cependant sensiblement de la nature.

Dentiers complets. — Nous ne nous étendrons pas longuement sur les dentiers complets ; ils ont déjà fait l'objet d'une étude spéciale au sujet des principes de Bonwill, dont nous avons signalé les imperfections, mais qui n'en restent pas moins la base de la prothèse moderne. Toutes ces indications leur sont naturellement applicables. Nous les résumons ainsi :

Après avoir vérifié et contrôlé l'articulation, coulé les mo-

1. V. les figures des bridges dans notre volume de *dentisterie opératoire*, Godon et H. Masson, 1905 (*Manuel du chirurgien-dentiste*).

dèles sur l'articulateur anatomique, préparé les dents d'après les indications spéciales, de façon à permettre l'engrènement régulier des arcades, il faut placer les dents d'après les places déterminées indiquées par les lois de Bonwill, avec un « overbite » peu profond et par suite un engrènement proportionnel, les bicuspides et les molaires en droite ligne vers le ramus, les molaires en courbe verticale dans la ligne occlusale, ce qu'on appelle « la courbe compensatrice », de façon à obtenir, dans les divers mouvements de propulsion, les trois points de contact occlusaux, un en avant et deux en arrière, qui assurent la stabilité du dentier ; de même, il faut assurer dans les mouvements de latéralité, d'un côté le contact des cuspides buccaux sur les linguaux, de l'autre la gouttière intercuspidienne, qui permettent la trituration complète des aliments. Il faut, en un mot, construire un véritable *dentier physiologique* composé d'arcades dentaires ayant les quatre plans inclinés d'articulation des dents dans les quatre mouvements généraux de mastication, au lieu du dentier que l'on fait encore trop souvent avec des dents à surfaces occlusales planes et des arcades dentaires n'ayant qu'un seul mouvement articulaire d'abaissement et d'élévation. Avec ce dentier on peut aplatir les aliments, non les broyer et les triturer.

Irrégularités dentaires. — Enfin, toutes ces considérations trouvent également leurs applications dans le diagnostic et le traitement des irrégularités des dents. L'évolution qui s'est faite depuis quelques années avec la nouvelle école d'orthodontie est en tous points conforme aux considérations que nous venons de développer. Elle a donné une importance spéciale à la méthode d'expansion des arcades dentaires sur la méthode d'extraction et pris comme base du redressement l'occlusion normale des dents, dont la clef est l'occlusion des molaires de six ans [1].

Ces considérations sur l'importance de l'occlusion normale se trouvent plus ou moins formulées chez la plupart

1. Angle, Mac Bride, Bogue, Davenport, etc.

des auteurs qui se sont occupés d'orthodontie, comme Farrar, Case, Guilford, Mac Bride, Goddard, etc. Martinier les reproduit dans la deuxième édition de son volume de prothèse [1], et même dans l'excellent traité *Oral difformities*, de Kingsley, elles se trouvent déjà ainsi indiquées :

« L'occlusion des dents est le plus puissant facteur pour déterminer la stabilité des dents dans une nouvelle position. »

Mais ces considérations n'ont pris l'importance qu'elles ont aujourd'hui dans le diagnostic et le traitement des irrégularités que depuis les travaux d'Angle et sa classification des malocclusions dentaires.

Ces règles se résument ainsi :

L'irrégularité des dents doit surtout être considérée au point de vue de l'irrégularité de l'occlusion des dents. C'est une malocclusion dentaire et il faut considérer non seulement les rapports des arcades dentaires entre elles, mais les rapports des dents entre elles, *la ligne d'occlusion*.

Il n'y pas d'irrégularité si les dents sont en parfaite occlusion, et non seulement les mâchoires, les muscles masticateurs, les lèvres, mais même les lignes de la face seront dans la meilleure harmonie avec le type facial particulier de l'individu en cas d'occlusion normale [2] conformément à la *ligne d'harmonie*.

L'occlusion normale des dents est maintenue : 1° par les plans inclinés occlusaux des cuspides ; 2° par le support donné par les relations des arcades dentaires entre elles ; 3° par l'influence des muscles labialement, buccalement et lingualement.

Aussi la nomenclature et la classification d'Angle sont entièrement basées sur la malocclusion des dents qui peuvent occuper ainsi, d'après lui, les sept positions irrégulières suivantes :

---

1. Martinier, *Clinique de prothèse dentaire. Manuel du chirurgien-dentiste*, Godon. Paris, 1904.

2. *Classification des malocclusions*, par Edward Angle D. D. S. St-Louis (Mo). *Dental Cosmos*, mars 1899, et treatment of malocclusion of the teeth and fractures ot the Maxillae, Angle's system, sixth Edition by Ed. H. Angle. Philadelphia, 1900.

Occlusion buccale ou labiale, occlusion linguale, occlusion mésiale, occlusion distale, torso-occlusion, infra-occlusion, supra-occlusion, suivant que la dent sera en dehors, en dedans, en avant, en arrière de la ligne normale d'occlusion, tournée sur son axe, insuffisamment poussée ou trop allongée.

Il en est résulté une classification des irrégularités basée sur ces sept positions des dents. Cette classification, très claire et très rationelle, a, depuis 1899, donné lieu à des études nombreuses et des plus intéressantes. Elle est maintenant assez généralement adoptée.

Elle comprend trois classes et des subdivisions que nous résumons ci-dessous :

Classe I. Arcades en relations mésio-distales normales.

Classe II. Arcade inférieure distale à la normale dans ses relations avec l'arcade supérieure.

1re division : Distale bilatéralement, incisives supérieures en protusion, communément mouth-breathers (respirateurs buccaux).

Subdivision : Distale unilatéralement, incisives supérieures en protusion, communément mouth-breathers.

2e division : Distale bilatéralement, incisives supérieures en rétrusion, normal breathers (respirateurs normaux).

Subdivision : Distale unilatéralement, incisives supérieures en rétrusion, normal breathers.

Classe III. Arcade inférieure mésiale à la normale dans ses relations avec l'arcade supérieure.

Division : Mésiale bilatéralement.

Subdivision : Mésiale unilatéralement.

Après avoir examiné plusieurs milliers de cas, l'auteur a trouvé que la proportion de cas appartenant à chaque classe était la suivante : classe I : 692 ; classe II : 1re division, 90 ; subdivision, 34 ; 2e division, 42 ; subdivision, 100 ; classe III : division, 34 ; subdivision, 8 ; total, 1.000.

Ainsi, comme nous venons de le montrer, le diagnostic et le traitement des irrégularités dentaires dans la méthode d'Angle sont tout entiers basés sur la reconstitution de l'occlusion normale des dents, de leurs plans articu-

laires et le rétablissement de leur équilibre dans les arcades dentaires, en évitant de recourir à l'extraction dentaire.

Il faut faire naturellement une distinction entre les irrégularités dentaires et les anomalies des maxillaires comme le prognathisme de race héréditaire ou familial cité plus haut, et dont le traitement est différent [1].

Au sujet de l'influence du traitement des irrégularités sur les lignes de la face, nous citons un passage intéressant de Case [2] :

« La portion de la face humaine qu'il est possible de changer avec un appareil dentaire de redressement peut être dite se trouver entre deux lignes divergentes qui s'élèvent à un point au-dessous du bord du nez (figure 845).

Cette *area* peut être désignée sous le nom de « changeable area » en opposition avec les lignes de la figure les plus stables ou « inchangeable area ».

Pour la facilité des références les traits de cette portion des « changeable area », lesquelles sont limitées latéralement par les lignes naso-labiales, peuvent être divisées en 4 segments comme suit :

Segment 1, fin du nez, partie supérieure de lèvre supérieure et dépression naso-labiale.

Segment 2, la lèvre supérieure (portion inférieure).

Segment 3, la lèvre inférieure.

Segment 4, le menton. »

Pyorrhée alvéolaire. — Le traitement de la pyorrhée alvéolaire trouve naturellement aussi ses indications principales dans les règles que nous avons données.

Après l'antisepsie et le curettage des poches gingivo-alvéolaires, le grattage des calculs sériques, il faut ramener autant que possible les dents déplacées à leur place naturelle par les divers procédés de redressement et particulièrement par la méthode des fils de soie d'Younger, afin de leur assurer leurs contacts latéraux. Il faut aussi limer les dents allongées et les réarticuler avec les antagonistes, afin

---

1. V. Frey.

2. Principes d'orthopédie faciale, p. 808, the developement of esthetic facial contours, par Calvin S. Case, *American text book of dentistry*.

de rétablir l'articulation occlusale et leurs plans d'articulation.

Fig. 14.

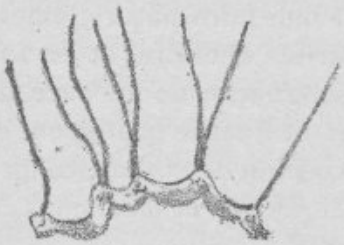


Fig. 15.

Fig. 16.

Fig. 17.

Fig. 18.

Il faut surtout les immobiliser dans leurs articulations normales rétablies parce que, comme l'indiquait Ames, de Chicago, l'ébranlement continuel des dents est, pour une part considérable, dans la précocité de la pyorrhée et ses complications. Aussi faut-il les fixer par les divers procédés indiqués, tels que fils métalliques, bandes d'or cimentées de Magill, bridges, appareils fixes ou mobiles comme ceux que nous présentons (fig. 14 à 18) et comme l'ont indiqué Rhein, de New-York, Losada, de Madrid, etc. La dévitalisation pulpaire que nécessiterait le plus souvent l'emploi des bridges

aurait été indiquée comme un complément favorable du traitement de la pyorrhée par plusieurs auteurs. Enfin, il faut remplacer les dents partiellement ou totalement absentes par des couronnes et même des bridge-works ou, si cela est impossible, par des appareils à plaque mobiles, suivant les cas, pour reconstituer les divers contacts et plans d'articulation et rétablir en un mot autant que possible l'équilibre articulaire.

*
* *

Ainsi, et sans qu'il soit nécessaire de s'étendre davantage sur chacune des opérations de prothèse ou de dentisterie opératoire en particulier, on se rendra compte qu'un principe général devra guider l'opérateur, qu'il s'agisse de la restauration totale d'une dent par l'obturation ou les couronnes, de la restauration de plusieurs dents par la prothèse, ou du traitement des irrégularités ou de la pyorrhée alvéolaire ; il sera nécessaire de reconstituer les contours de chaque dent pour assurer ses contacts latéraux, toutes les rainures et les tubercules de sa face triturante pour assurer ses contacts d'occlusion avec les dents antagonistes dans tous les plans d'articulation, en un mot, supprimer les *portes à faux* et rétablir son équilibre articulaire, sinon tel qu'il était naturellement, au moins tel qu'il peut être, en profitant des accommodations qui se sont produites dans les diverses articulations.

Enfin, le praticien devra éviter toutes les opérations qui contrarieront ces résultats, comme les limages latéraux pour faire de la place. Quant à l'extraction, il est évident, comme nous l'avons déjà répété plusieurs fois, qu'elle doit être absolument réduite aux cas tout à fait exceptionnels où toute autre intervention est impossible ou dangereuse, les conséquences en étant désastreuses au point de vue de l'équilibre articulaire. Du reste, elle est depuis longtemps réduite dans notre pratique à moins de 4 o/o de nos opérations, en comprenant dans notre statistique les dents temporaires et les dents de

vieillards, comme nous l'avons montré au Congrès de Lyon en 1897[1].

L'extraction est condamnée aussi bien par les bons opérateurs de la dentisterie opératoire que par les prothésistes, mais bien plus encore par les orthodontistes. Förberg, dans un travail fort intéressant, en a démontré il y a quelques années l'inutilité dans le traitement des irrégularités et Angle et ses élèves en ont indiqué les inconvénients, surtout pour la molaire de six ans dont certains auteurs préconisaient l'extraction systématique[2].

Angle se prononce ainsi à ce sujet : « La perte d'une dent par extraction ou par toute autre cause est habituellement suivie de tels changements marqués dans les positions des dents qui restent que le diagnostic et le traitement des irrégularités en sont grandement compliqués[3]. »

V. — Conclusions.

Il résulte de ces quelques considérations que je me suis efforcé de résumer, mais qui mériteraient d'être développées plus longuement, les conclusions suivantes :

1° Le principe général qui domine toute la physiologie, la pathologie et la thérapeutique de l'odontologie est la nécessité impérieuse de conserver ou de rétablir l'équilibre articulaire des dents dans les arcades dentaires et l'intégrité de leur engrènement normal dans les divers mouvements des mâchoires, afin, d'une part, de maintenir l'état de santé des dents, et, d'autre part, d'assurer le fonctionnement régulier et complet des mâchoires et leur action mécanique dans la mastication, acte important de la digestion, tout en conservant la régularité des traits et l'harmonie du visage qui sont pour une certaine part sous la dépendance de l'harmonie du système dentaire ;

2° La rupture de l'équilibre articulaire des dents dans les

1. *Odontologie*, 1897.
2. Andrieux, *Revue Odontologique*.
3. Angle, *Dental Cosmos*, 1899, p. 264.

arcades dentaires offre de graves inconvénients au point de vue du fonctionnement mécanique et physiologique de la mâchoire pendant la mastication ; il peut en résulter des conséquences pathologiques diverses pour les dents, l'articulation temporo-maxillaire et l'état général du sujet (calcification pulpaire, déplacement et ébranlement des dents, pyorrhée alvéolaire précoce, troubles articulaires, troubles digestifs, etc.) ;

3° Le maintien ou la reconstitution de l'équilibre articulaire des dents ou des arcades dentaires lorsqu'il a été troublé constitue une méthode opératoire dont les règles spéciales s'appliquent aux opérations diverses de dentisterie opératoire ou de prothèse dentaire ;

4° Une des premières conséquences de cette méthode opératoire est que l'examen de la bouche, pour être complet, doit comprendre, en outre des prescriptions habituelles, l'examen minutieux de l'articulation des arcades dentaires, ce qui nécessite la prise d'empreintes destinées à faire des modèles d'examen montés sur l'articulateur anatomique pour l'étude de leurs divers plans d'articulation et des contacts triturants et latéraux des dents sur lesquelles doit porter l'intervention ;

5° Les diverses opérations de dentisterie opératoire (obturations, aurifications, couronnes artificielles) doivent, pour constituer un traitement dentaire complet, comprendre la restauration autant que possible des divers plans d'articulation des arcades dentaires ou des contacts triturants et latéraux des dents en traitement et leur engrènement avec les antagonistes. Les limages pour faire de la place doivent être proscrits. Les extractions doivent être aussi réduites que possible (4 o/o environ) et pratiquées uniquement dans les cas exceptionnels où tout autre traitement est impossible, particulièrement en ce qui concerne la dent de six ans si souvent encore condamnée à tort, ainsi du reste que la dent de sagesse ;

6° L'application des mêmes règles à la prothèse dentaire conduit à considérer que les appareils à pont ou bridge-

works sont ceux qui semblent le mieux satisfaire les nécessités articulaires des dents et des arcades dentaires ; lorsqu'on est obligé d'employer les appareils à plaque, on doit proscrire, à moins d'impossibilité articulaire, les dents dites plates, sans reconstitution des tubercules et des rainures de la face occlusale ; que cette reconstitution doit se faire comme pour les dentiers complets en tenant compte des lois générales articulaires de Bonwill et en se servant d'un articulateur anatomique ; qu'il y a lieu, par conséquent, d'abandonner tout à fait l'emploi des articulateurs à simple charnière ;

7° Dans l'orthodontie nouvelle, le traitement des irrégularités des dents a pour base principale la correction des malocclusions dentaires et pour point de repère l'occlusion normale des premières molaires ; la méthode de l'extension des arcades doit être préférée le plus souvent à la méthode d'extraction des dents, pour le rétablissement des divers plans d'articulation normaux ;

8° Dans le traitement de la polyarthrite alvéolo-dentaire (pyorrhée alvéolaire), une des principales et des premières indications consiste dans le rétablissement des divers plans normaux d'articulation, ainsi que dans la fixation par des appareils spéciaux (bridges, etc.) des dents ébranlées en même temps que le traitement antiseptique.

*
* *

Nous comptons faire suivre ce travail de quelques notes complémentaires portant sur quelques-unes des questions que nous n'avons pu traiter aussi complètement que nous l'aurions voulu et qui nous paraissent nécessiter une étude plus étendue.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ D'ODONTOLOGIE DE PARIS

Séance du 4 avril 1905 [1].

La séance est ouverte à 9 heures sous la présidence de M. Delair, président.

M. le président. — J'ai le regret de vous annoncer la mort d'un de nos membres les plus estimés, M. de Marion, ancien professeur suppléant à l'Ecole dentaire. M. de Marion, vous vous en rappelez, a occupé au milieu de nous de très nombreuses fonctions et cela toujours avec beaucoup de dévouement et de science. Il a été membre du bureau de la Société d'Odontologie et, lorsque sa santé l'a obligé à se retirer dans le midi, nous avions toujours espéré qu'il reviendrait au milieu de nous. Malheureusement nos espérances ont été déçues et il s'est éteint, il y a une dizaine de jours.

La Société d'Odontologie, à laquelle il a fait très souvent des communications dont beaucoup d'entre nous ont gardé le souvenir, s'associe au deuil de sa famille et regrette vivement cette perte douloureuse. L'Ecole dentaire, l'Association, tout le Groupement ont envoyé à la veuve leurs condoléances et la Société d'Odontologie regrette tout particulièrement cette perte.

I. — Un cas de traumatisme dentaire avec réimplantation.

M. Godon. fait une Communication sur ce sujet. (V. *Odontologie*, 1905, vol. I, p. 431.)

Discussion.

M. Loup. — J'ai eu il y a quelque temps une petite fille qui à la suite d'une chute également avait perdu les deux incisives centrales. On m'en avait rapporté une, car il y en avait une qui était tombée, tandis que l'autre était complètement détachée, elle ne tenait plus qu'avec un petit brin d'alvéole.

Je les réimplantai, car il est bon, même quand ce sont des dents de lait, de les réimplanter afin d'avoir une meilleure place pour l'évolution des organes futurs.

---

1. Nous nous excusons de cette publication tardive, due à divers incidents sur lesquels nous n'avons pas à revenir et auxquels la Rédaction de ce journal est tout à fait étrangère. N. D. L. R.

M. le Président. — Nous devons remercier M. Godon de la très intéressante communication qu'il vient de faire. M. Godon, vous le savez tous, est un de ceux qui, les premiers, il y a bientôt trente ans, voulurent que les dentistes se fissent mutuellement communication de leurs procédés et de leurs découvertes aussi bien que de leurs observations cliniques. Non seulement il a continué, mais à l'âge où il pourrait avoir le droit de se reposer, il veut bien encore nous apporter ici le fruit de ses travaux et de son expérience. Nous l'en remercions très chaleureusement, tout en ne le tenant pas pour quitte malgré cela et nous espérons qu'il voudra bien encore continuer à nous faire des communications aussi intéressantes que celle de ce soir.

II. — Présentation d'un cas de bridge démontable, par M. H. Masson.

Voir *Odontologie*, 1905, vol. I, p. 513.

Discussion.

M. Sauvez. — J'ai été très heureux de voir ce bridge qui est très bien fait et d'entendre M. Masson résumer les avantages du bridge amovible. Il y en a trois, comme il l'a dit :

Nettoyage plus facile.

Côté esthétique qu'on peut augmenter dans des proportions considérables, étant donné qu'on n'est pas forcé de mettre la surface triturante des dents en or, comme lorsque nous faisons des bridges fixes.

Facilité de réparation en cas de fractures des dents, possibilité d'avoir un appareil de rechange en voyage, etc.

Ces avantages du bridge amovible sont indiscutables et valent assurément la peine qu'on s'en occupe.

C'est un gros inconvénient d'avoir — quelle que soit leur perfection et quels que soient les soins des malades, — sur les bridges fixes ce dépôt de tartre qui se produit toujours, tandis que si ces bridges sont mobiles, ils peuvent être enlevés aisément et on peut assurer une antisepsie parfaite.

Quant aux fractures des dents qui peuvent survenir dans les bridges fixes, il faut en avoir fait la réparation pour savoir combien c'est malaisé à exécuter; pour démolir ce qui a été fait, pour réparer, il faut percer des trous, couler du ciment, ajuster ses pièces, bref ce n'est pas toujours facile à faire.

A ce point de vue, je crois que la Société d'Odontologie ferait bien d'encourager l'usage, la fabrication et le perfectionnement des dents à glissière. Il y en a bien dans le commerce, mais elles ne sont pas toujours pratiques. Il faudrait mettre cela à l'ordre du jour pour que quelques-uns de nos professeurs ou quelques-uns de ceux qui s'intéressent à notre pratique opératoire nous présentent quelque chose

dans ce sens. Je crois qu'il serait très utile d'arriver à avoir de bonnes dents à glissière.

Quant au côté esthétique qui résulte de l'emploi du bridge amovible, il n'y a pas à insister sur cet avantage.

En revenant d'Amérique avec M. Masson, je disais que je ne ferais plus que des bridges mobiles, mais je dois dire que c'est beaucoup plus compliqué et que la clientèle française n'en comprend pas encore les avantages ; elle s'effraie du mot mobile et croit qu'il s'agit d'appareils ayant les mêmes inconvénients que les appareils à plaque. De plus, un des obstacles est la dévitalisation des dents saines, obstacle à la fois pour l'opérateur et l'opéré.

Ainsi, quand vous avez un malade qui a une canine saine et une deuxième grosse molaire saine, cela vous fait un petit crève-cœur de dévitaliser ces dents-là. En clientèle, quand il s'agit de décider le patient à se laisser percer la pulpe pour dévitaliser la dent sans douleur, cela va à peu près, mais ce qui n'entre pas aussi bien dans la tête du patient, c'est le foret lorsqu'il pénètre dans la dent. C'est alors que le patient admet peu cette manière de le traiter.

Je suis très partisan, en principe, du bridge mobile et je commence à en essayer quelques-uns. J'en ai présenté un déjà à la Société d'Odontologie. Il s'agissait d'une petite malade à qui il manquait une incisive latérale. Elle portait un petit appareil en or qui n'était pas mal fait, mais les crochets avaient amené des caries à toutes les dents voisines. Je lui ai mis un tube dans son incisive centrale et un tube dans sa canine et j'ai utilisé le procédé que Masson nous faisait voir tout à l'heure et enseigné aux Etats-Unis par plusieurs opérateurs dont surtout Peeso. Je ne saurais donc trop conseiller leur emploi.

Il faut que nous réagissions contre le petit crève-cœur que nous éprouvons lorsqu'il s'agit de percer des dents saines pour les dévitaliser.

J'ai vu au Congrès de Saint-Louis dévitaliser des dents sans douleur avec des seringues : j'ai essayé ces instruments, mais je n'ai pas obtenu les mêmes résultats que là-bas, jusqu'ici, du moins.

Je crois qu'on n'a rien à craindre en dévitalisant une dent saine si l'on procède antiseptiquement, si la plaie est parfaitement antiseptisée. On peut prendre toutes les précautions à cet égard et sur mille cas on pourrait compter neuf cent quatre-vingt-quinze succès, ce qui serait énorme. Je félicite M. Masson de nous avoir présenté ce cas et je pense que lui qui est allé là-bas et a suivi de près le cours de M. Peeso non seulement nous présentera ici des résultats, mais encore discutera avec nous ce procédé afin de nous donner le pourcentage, la façon de procéder, les avantages et les inconvénients de cette méthode. Je vous dirai qu'aux Etats-Unis la vitalité de la pulpe compte de moins en moins, tandis qu'en France elle compte toujours

beaucoup. Quand il s'agit de tuer la pulpe, cela nous fait quelque chose, tandis que nos confrères américains font cela d'un cœur léger. Je crois qu'il faut plutôt marcher de l'avant dans leur voie que de continuer à suivre la nôtre.

M. Prevel. — Il y a quelques années, le professeur Haskell, un Américain, est venu donner quelques leçons de mécanique à différents dentistes et j'ai vu à la clinique ce confrère dévitaliser une pulpe avec la cocaïne sans aucune douleur.

La méthode d'Haskell consistait à se servir d'amadou qu'il trempait dans une solution très concentrée de cocaïne et d'acide phénique. Il posait d'abord cet amadou enduit de cocaïne sur la pulpe, et, au bout d'une minute, il pressait légèrement et accentuait cet effort de plus en plus sur la pulpe. Il retirait ensuite cet amadou et le remplaçait par d'autre, et enfin il procédait à la dévitalisation sans provoquer aucune douleur.

J'ai essayé de le faire, mais je n'ai pas toujours été très heureux. J'ai eu quelques bons résultats, mais j'en ai eu aussi de mauvais. Il est regrettable effectivement que les dentistes français ne procèdent point comme les confrères américains sous ce rapport.

M. Godon. — Comme vous le disait tout à l'heure M. Sauvez, il est très heureux que cette question de bridges amovibles vienne à nouveau à l'ordre du jour de la Société d'Odontologie.

Nous avons fait, nous faisons tous beaucoup de bridges fixes et il est évident que l'opinion qu'on pouvait avoir sur ceux-ci tend de jour en jour à se modifier.

Les bridges amovibles ne sont pas nouveaux, on en a fait de tous temps et nous pouvons trouver des appareils de ce genre décrits dans les travaux du siècle dernier. Une société américaine s'était créée à un moment donné pour prendre des brevets de toutes sortes de procédés dentaires et suivant la maxime de Robert Macaire qui disait : « Cette malle n'est à personne, donc elle est à moi », cette société brevetait tout procédé qui n'était pas breveté, et elle obligeait les dentistes à payer une licence pour employer ces procédés.

Les sociétés dentaires se sont défendues contre cette société et on est venu rechercher des preuves que les bridges n'étaient pas nouveaux dans les travaux de nos vieux auteurs, afin de bien prouver que ceux-ci en avaient parlé. Ces preuves ont servi à ces sociétés dentaires dans leurs procès pour faire valoir que la société en question n'était pas fondée dans ses prétentions et de fait elle n'a pas pu poursuivre son exploitation.

Ce qu'il peut y avoir de nouveau dans les bridges, ce sont les petits procédés, les petits tours de main qui permettent de finir proprement un travail et d'obtenir tous les résultats qu'on peut en attendre. Une des premières choses essentielles, c'est que les dents soient

parfaitement à l'abri de la pénétration des liquides. Ce qu'on vous a fait voir vous a montré que la dent est absolument enveloppée, absolument à l'abri de toute atteinte.

Il serait bon de voir répandre les bridges amovibles, et un des motifs qui prévalent pour cela et dont on a beaucoup moins parlé, c'est le point de vue physiologique. Il est évident que le bridge amovible est supérieur au fixe, puisqu'il n'immobilise pas absolument les dents qui ont une certaine mobilité, un certain mouvement et peuvent conserver ce mouvement chaque fois que vous retirez l'appareil.

Au point de vue esthétique, ces appareils sont parfaits pour les Français surtout, car les Américains ne font aucune objection pour avoir des dents en or; dans le bridge fixe il faut que les dents soient recouvertes d'or, sous peine d'être brisées; dans le bridge mobile, on peut mettre des dents en porcelaine. En outre on peut avoir plusieurs appareils, parce que si en route, en voyage, une dent se brise, on peut avoir un autre bridge à sa disposition.

Un autre point à signaler, à votre attention, c'est la question de dévitalisation. Comme Sauvez, je vous dirai que je suis de moins en moins opposé à la dévitalisation des dents, moi qui suis très conservateur des dents, moi qui fais peu ou extrêmement peu d'extractions, je suis de plus en plus convaincu qu'on peut sans inconvénient dévitaliser des dents dans le but d'appliquer des bridges et pour ce motif que je veux vous signaler, c'est que nous devons de moins en moins considérer la dent isolée et considérer plutôt le système dentaire dans son ensemble. Si vous considérez ce système au point de vue de sa fonction physiologique, vous hésiterez moins à dévitaliser une dent pour rétablir toute une partie de la fonction physiologique de ce système dentaire, ou tout au moins 1/6, 1/5 ou 1/4 de cette fonction.

Pour rétablir cette partie de fonction du système dentaire tout entier, vous dévitalisez une dent; cela devient moins important à considérer, dans son ensemble, que lorsque nous considérions cette dent prise isolément et c'est une conception qui me paraît un peu fausse, parce que la dent ne peut être considérée isolément, mais doit être considérée comme faisant partie d'un ensemble de seize dents inférieures et seize dents supérieures formant l'appareil masticateur de l'homme qui doit subir des efforts et aider à la parfaite mastication des aliments.

Considérée dans cet ensemble, la dévitalisation d'une dent perd de son importance. Au point de vue opératoire, Prevel nous a rappelé le procédé du professeur Haskell : la compression qui donne des résultats pratiques, et souvent parfaits, mais ce que nous avons vu, ce dont se servaient les Américains, c'est un merveilleux instrument. Nous avons vu dévitaliser des pulpes avec insensibilité de la dent

avec cet obtunder et cela d'une manière merveilleuse en quelques minutes. J'avoue que pour ma part je n'ai pas encore obtenu des résultats aussi parfaits avec le même instrument, mais je crois que ce ne sont que des petits défauts de technique qui en sont la cause et qu'avec un peu de pratique et d'expérience nous pourrons avant peu vous montrer l'instrument et sa manipulation avec des résultats parfaits.

M. Loup. — Je veux signaler, au point de vue des bridges, deux petits points peu importants :

D'abord, dans les dents ordinaires à crampons, il y a bien des défectuosités et j'aime beaucoup mieux employer les dents diatoriques. Pour les bridges j'emploie les dents *Logan* qui peuvent donner tout ce qu'on peut désirer au point de vue esthétique. Il semble dans ce genre de travail qu'un appareil à pont est plutôt un ensemble de dents à pivots : la seule différence, c'est que la partie basse de cet appareil est percée de trous dans lesquels passent les pivots des dents Logan, ou plutôt les pivots de ces dents Logan sont rivés dans cette plaque-là.

Vous faites une petite bande qui forme votre pont et dans ce petit pont vous faites autant de trous que vous avez de dents à mettre. Vous ajustez vos dents et vous rivez les dents ensemble. Vous obtenez alors un petit appareil véritablement très joli comme si c'était plusieurs dents ordinaires à pivot. C'est là une petite modification qui n'a qu'un intérêt esthétique et c'est tout.

M. le président. — Il y a dix-huit mois, lorsqu'une dizaine de nos jeunes diplômés partirent pour l'Amérique, nous étions bien certains qu'ils allaient acquérir là-bas de nouvelles connaissances, et nous étions sûrs qu'à leur retour ils nous en feraient profiter. M. Masson, notre jeune collègue, est le premier qui vienne au milieu de nous nous faire part de ce qu'il a vu là-bas et de ce qu'il a appris. Nous sommes persuadés qu'il ne sera pas le seul. Nous devons le féliciter chaudement et l'encourager, parce que beaucoup à son âge, après avoir acquis un ou plusieurs diplômes, s'occupent surtout de travailler pour eux et n'ont pas grand souci de travailler pour les autres. M. Masson nous prouve qu'il a profité grandement de ce qu'il est allé voir et apprendre là-bas.

M. de Croës n'étant pas tout à fait prêt pour sa communication, je donne la parole à M. Sauvez qui vient de me la demander.

M. Sauvez. — Vous savez que la Fédération dentaire nationale doit tenir son assemblée à la fin du mois ; je vous rappelle que les membres de la Société d'Odontologie seront cordialement invités aux démonstrations pratiques qui auront lieu le dimanche 30 avril. Nous aurons dans la matinée de dimanche des démonstrations pratiques et je ferai tout mon possible pour organiser ces démonstrations de la façon la plus pratique qu'il sera possible. Je voudrais même vous demander si

l'un de vous veut faire des démonstrations, et dans le cas affirmatif prier les intéressés de s'inscrire auprès de moi en m'indiquant le titre de leur démonstration. En dehors de cela s'il est quelqu'un parmi vous qui veuille voir faire telle ou telle chose, je lui serais reconnaissant de me le faire savoir.

Donc, à l'occasion de la réunion de la Fédération dentaire nationale, vous êtes prévenus que la séance de démonstrations de la Société d'Odontologie aura lieu le dimanche 30 avril, dans la matinée, à l'École.

M. le président. — La parole est à M. Cramer.

M. Cramer. — Je profiterai de ce que j'ai la parole pour demander un renseignement.

J'ai eu l'occasion de faire une communication à la Société d'Odontologie au sujet des reproductions d'appareils en caoutchouc. J'ai même amené un malade qui a bien voulu se prêter à la circonstance, pour que ma démonstration soit plus complète. A ce propos M. le président m'a très gracieusement félicité, se disant l'interprète de mes collègues de la Société d'Odontologie.

Or dans le journal *L'Odontologie*, je ne vois rien figurer de tout cela, ni ma communication, ni mention de la présentation du malade. Il n'y a absolument qu'une note — qui n'est pas de moi — note qui n'est tout simplement qu'une explication de la manière de s'en servir. Je voudrais savoir si c'est comme cela que ça se pratique d'habitude.

M. le président. — M. Friteau, secrétaire général, étant absent et souffrant, il m'est pour ces raisons extrêmement difficile de répondre à M. Cramer. M. Friteau n'est pas seulement secrétaire général de la Société d'Odontologie, mais il est également secrétaire de la rédaction du journal *L'Odontologie*.

D'autre part, je ferai remarquer à M. Cramer que les procès-verbaux de la Société d'Odontologie n'ont pas encore paru tous et qu'il peut bien se faire que sa communication n'ait pas été insérée au complet jusqu'à présent, car il n'est pas de coutume qu'immédiatement après chaque séance de la Société d'Odontologie les communications soient de droit insérées dans le journal. Il est des communications qui ne sont quelquefois insérées dans le journal qu'un mois, six semaines et même deux mois après, cela dépend des articles plus ou moins d'actualité, plus ou moins intéressants.

Votre communication était très intéressante, elle nous a paru instructive. Peut-être n'avez-vous pas donné votre mémoire à M. Friteau ?

M. Cramer. — J'ai remis mon travail à M. Friteau.

M. le président. — Le bureau prend acte de votre réclamation et je suis persuadé que si M. Friteau était présent ce soir il vous ré-

pondrait d'une façon plus catégorique que moi, puisque c'est lui qui est chargé par ses fonctions de régler ces petits détails.

Je vais maintenant donner la parole à M. Cramer pour sa communication : « *Procédé nouveau de fabrication de plaques métalliques.* »

Sur la demande de l'auteur, et après entente avec le Secrétaire général, la communication de M. Cramer dans le journal sera publiée ultérieurement, lorsqu'elle aura fait l'objet d'une nouvelle communication à la Société d'Odontologie. A ce moment une nouvelle discussion pourra s'engager plus fertile et plus documentée.

M. le président. — L'ordre du jour appelle maintenant la communication de M. de Croës : *Appareils dilatateurs de mâchoires.* M. de Croës vient de me faire savoir qu'il regrette de ne pas pouvoir vous faire sa communication ce soir, car pour la compréhension de ce travail il faut des projections électriques de ses clichés et malheureusement le courant électrique ne fonctionne pas. M. Choquet ce soir a dû faire son cours, qui est toujours suivi de projections, sans pouvoir utiliser non plus le courant.

C'est par conséquent un cas absolument fortuit, que nous regrettons tous, et nous prions M. de Croës de bien vouloir nous faire cette communication le mois prochain.

III. — Présentation d'un fourneau électrique et d'un appareil électrique pour chauffe-eau, par M. Cornelsen.

M. Cornelsen. — Je vous présente ce fourneau électrique qui est fabriqué par un électricien de Paris selon les données d'un de vos confrères. La différence qu'il offre avec les autres appareils existants est que le mouffle est rond et que les rainures sont profondes, de sorte que les fils, par l'extension de la chaleur, ont moins de chances de se toucher, il y a donc moins d'interruptions de courant. Le four est très épais, comme corps, il donne une chaleur de 1650 à 1700°. On fond une dent d'Ash très facilement dans un quart d'heure. Ce four est facilement démontable. Il est isolé par de l'amiante en poudre.

Voici le chauffe-eau électrique. Les appareils de commande sont à l'état primitif. L'appareil sera fait dans une espèce de pédale en fonte, car il y a une résistance pour chauffer l'eau qui arrive au crachoir.

Avec cet appareil on peut prendre l'eau sur une conduite, au moyen des deux robinets que voici. L'eau est chauffée par la résistance qui est ici et on obtient dans l'espace de 30 secondes de l'eau chauffée à 40 ou 45°. Le mois dernier on vous a présenté un appareil absolument dans le même genre, fabriqué sur le même principe.

Il y a un interrupteur qui fonctionne au pied, une lampe indique lorsque le courant passe, ici vous avez un plomb pour la fusion.

Discussion.

M. Platschick. — Je désire dire un mot au sujet du four. Ce n'est pas pour décourager les fabricants de fours électriques, au contraire nous devons remercier tous ceux qui dirigent leurs efforts et leurs recherches dans cette voie, car c'est assurément la bonne. S'ils nous apportent quelque chose qui soit pratique, cela nous permettra de faire avec facilité des travaux en porcelaine qui se généralisent de plus en plus.

Je veux donc rappeler aux fabricants deux principes dont il ne faudrait pas s'éloigner. Ainsi ce four présente comme bien d'autres des inconvénients. Si d'un côté il a l'avantage de pouvoir remplacer le mouffle facilement, d'un autre côté, il présente l'inconvénient de demander beaucoup plus de temps et d'atteindre difficilement les températures élevées, ceci contrairement à ce que nous a dit tout à l'heure M. Cornelsen. Et d'ailleurs pour relever une erreur, ce four n'atteindra pas 1700°, parce qu'il fondra une dent d'Ash, car cette dent se décolore à 1175° et à 1550° elle n'a plus de teinte, elle est fondue.

Ensuite ce four a cet inconvénient d'avoir les fils tout autour du mouffle. Il est entendu par tous les fabricants, par tous les praticiens qui se servent du four électrique, que le fil doit se trouver à l'intérieur du mouffle. A l'extérieur, cela fait perdre beaucoup de temps, beaucoup de chaleur et conséquemment beaucoup d'argent, parce que pendant que l'on chauffe, le compteur marche et alors on a de la dépense. A mon avis il faut chercher quelque chose de pratique et j'avouerai que moi-même je fais des recherches dans cette voie. Il faut en principe que le four soit démontable facilement et que les fils soient à l'intérieur du mouffle. Un mouffle avec fil à l'extérieur présente de gros inconvénients.

M. Cornelsen. — Pour ce qui est de la chaleur, c'est le fabricant qui m'a indiqué que celle-ci s'élevait à 1700°. Nous ne l'avons jamais essayé. Il se peut qu'il chauffe un peu moins.

Quant au mouffle, il est très mince, parce que les rainures sont très profondes. Nous avons essayé celui-ci à la maison et en moins d'un quart d'heure nous avons fondu une dent d'Ash.

M. Platschick. — Mais c'est énorme, un quart d'heure !

L'erreur est qu'on croit qu'on doit toujours se servir de verre pour des obturations en porcelaine. Vous devez avoir un four qui chauffe bien et vite des pâtes fondant à hautes températures, qui sont plus élevées que celles nécessaires pour fondre la dent d'Ash.

M. Cornelsen. — Existe-t-il d'autres fours qui permettent cela?

M. Platschick. — Je n'ai pas à faire de réclame ici pour tel ou tel four, mais ce que je puis dire, c'est qu'il en existe.

Les fours qui ont les fils à l'intérieur du mouffle fondent des pâtes à plus hautes températures. Vous ne pourriez pas employer par exemple les pâtes à hautes températures. Avec la dent d'Ash si vous dépassez un peu la cuisson, les dents changent de teinte. Vous n'avez qu'à essayer, vous verrez que cela est absolument exact. Vous comme beaucoup d'autres vous commettez cette erreur. On part de ce principe que, si c'est une dent en porcelaine, elle fondra à une température excessivement élevée. Vous ne pouvez pas faire un étalon avec une dent d'Ash.

M. le président. — Nous remercions M. Cornelsen de la présentation qu'il vient de nous faire. Le four qu'il vient de nous soumettre est démontable et très facilement réparable et il présente certainement, sauf les quelques critiques que vient de faire M. Platschick, une très intéressante modification de ce que nous avions eu jusqu'à présent. Nous demanderons seulement à M. Cornelsen s'il ne lui serait pas possible de faire faire par son fabricant une enveloppe, une chappe à son creuset, laquelle chappe, enveloppant le fil, ferait que par conséquent celui-ci deviendrait interne.

Je vous demanderai en outre de vouloir bien nous montrer quelques expériences avec ce four; l'Ecole mettrait à votre disposition le courant électrique nécessaire.

IV. — Présentation d'une lampe électrique pour l'éclairage des cavités buccales, par M. Manteau.

M. Manteau. — Ce n'est pas une invention, mais le perfectionnement de quelque chose que j'ai vu chez Raymond que je vais vous présenter. Actuellement les dentistes qui n'ont pas de tableau ne peuvent pas se servir des lampes électriques pour éclairer la bouche.

J'ai fait monter une lampe avec une autre lampe qui servait de résistance; c'était monté en tension et fonctionnait très bien, mais l'inconvénient résidait en ce que vous aviez une lampe qui brûlait pour rien. Elle servait uniquement à faire résistance. D'autre part elle pouvait donner un faux jour dans certains cas. J'ai donc cherché à faire un rhéostat et j'ai réussi à en établir un qui se trouve dans cette petite boîte. Il est constitué par un fil de ferro-nickel de 30 centièmes de diamètre. Il est monté sur du mica, il y a trois feuilles de mica qui sont séparées les unes des autres par d'autres feuilles plus minces. Il fallait obtenir une résistance de 720 ohms et pour obtenir celle-ci il a fallu employer 32 m. 50 de fil de ferro-nickel.

La lampe est d'une bougie, elle prend 0 ampère 160 à peu près. Cette lampe a été essayée sur un courant de 110 volts. Elle a été essayée durant deux heures et le fil n'a pas brûlé. Le rhéostat chauffe

excessivement peu. La lampe ainsi établie a cet avantage qu'elle coûte très bon marché, ce qui est toujours intéressant.

D'autre part, ce qui n'existe pas dans les lampes qui se trouvent actuellement, c'est qu'elle peut servir comme stomatoscope.

M. le président. — Personne ne demandant la parole sur la communication de M. Manteau, nous le remercions très sincèrement de nous avoir présenté sa très ingénieuse innovation. Ce petit appareil nous paraît excessivement simple et d'un emploi commode.

La séance est levée à 11 heures.

Le secrétaire général,
E. Fréteau.

SOCIÉTÉ D'ODONTOLOGIE DE BOURGOGNE

Séance du 26 novembre 1905.

La réunion a lieu chez M. Fournier, à Joigny.

Le procès-verbal de la dernière réunion est adopté.

Il est procédé à la nomination définitive du bureau ; à l'unanimité le bureau proposé est élu ; il est ainsi composé : M. Eustache, président ; M. Daclin, vice-président ; M. Rigolet, secrétaire, remplacé par M. Roy (de Sens), trésorier.

La société charge son bureau de faire parvenir aux pouvoirs publics le vœu « que les étudiants en art dentaire ayant leurs douze inscriptions, en attendant la terminaison de leurs examens de Faculté, puissent, par assimilation aux étudiants en médecine et en pharmacie, être admis à faire temporairement des remplacements dans les mêmes conditions que ces derniers ».

Elle émet également le vœu que « le Conseil supérieur de l'Instruction publique maintienne le certificat d'études primaires et le baccalauréat à l'entrée des études, et exige un stage de deux années chez un dentiste diplômé avec examens de validation, comme le demande le Conseil d'administration de l'Ecole dentaire de Paris. »

M. Rigolet donne lecture de son rapport sur le diabète en art dentaire communiqué au congrès de Cherbourg.

La séance est levée à 5 h. 1/2.

Le secrétaire,
Rigolet.

REVUE ANALYTIQUE

Par MM. Henri Dreyfus et Georges Lemerle.

L'étiologie des corrugations des dents et des ongles. — Du traitement des infections bucco-dentaires au moyen de l'oxygène gazeux. — Infection septique d'origine buccale en tant que cause de l'iritis. — Les épithéliomas en surface des muqueuses leucoplasiques. — Tuberculose buccale après un traumatisme : une extraction dentaire. — Intoxication mortelle par le chlorate de potasse à faible dose.

L'étiologie des corrugations des dents et des ongles.

M. Curtis a, depuis longtemps, remarqué que les dents de certains sujets portent des marques particulières, se présentant tantôt sous la forme de taches opaques, tantôt comme des sillons transversaux qui rappellent un peu les rides striant les cornes des vaches. Pour l'auteur, ces lésions (ainsi d'ailleurs que les altérations analogues observées sur les ongles) relèvent de causes parfaitement définies, et possèdent une valeur diagnostique. Les sillons transversaux des dents et des ongles seraient en rapport avec l'auto-infection et les affections rhumatismales, tandis que les lignes longitudinales seraient sous la dépendance de troubles de la nutrition liés à des affections intestinales.

Les femmes atteintes de rhumatisme pendant leur grossesse donneraient naissance à des enfants présentant, dans la suite, ces altérations dentaires, qui se retrouvent également chez les enfants atteints de rhumatisme pendant la période du développement de l'émail. Les taches opaques que l'on trouve chez certains sujets tiendraient aux mêmes causes.

(J.-L. Curtis, *J. of the Amer. M. Ass.*, 5 août 1905 et *Sem. méd.*, 18 oct. 1905.)

Du traitement des infections bucco-dentaires au moyen de l'oxygène gazeux.

Partant de cette donnée, établie par des travaux antérieurs, que l'oxygène tue les microbes anaérobies, et possède une action nette sur les anaérobies facultatifs, M. Fynaut fait usage de ce gaz pour combattre les infections buccales, et surtout pour traiter la carie dentaire. Il se sert de bonbonnes d'oxygène, comprimé à 120 atmosphères, ou d'une petite bonbonne portative renfermant 30 litres de gaz. A chacune de ces bonbonnes est fixé un tube en caoutchouc, terminé par une aiguille de Pravaz. La seule précaution à prendre pour se servir de l'appareil est de régler le débit de l'appareil que l'on apprécie facilement au bouillonnement du gaz, quand l'aiguille est plongée dans un liquide aseptique.

L'auteur énumère brièvement, les applications de sa méthode à la thérapeutique dentaire. Dans la pulpite aiguë, après projection sur la

pulpe d'oxygène gazeux, il fait pénétrer l'aiguille très délicatement dans l'organe lui-même. Il assure que cette petite opération, qui nous semble cruelle, est en général assez bien supportée par le patient, dont les douleurs disparaîtraient même peu à peu et complètement.

Dans les caries pénétrantes, M. Fynaut n'emploie pas d'autre antiseptique pendant le traitement. Mais il obture les canaux avec une pâte iodoformée. Il a traité vingt-deux cas de fistules par insufflation d'oxygène ; cinq séances de cinq minutes ont suffi à la cure radicale de ces fistules qui ont guéri sans récidive. Les complications du 4e degré seraient traitées, avec un succès égal, par des injections gazeuses dans la gencive, en y enfonçant l'aiguille de Pravaz de l'appareil ; l'oxygène infiltre les tissus et y produit un emphysème artificiel. Cette méthode aurait permis de conserver des dents très branlantes, et nageant dans le pus.

Nous regrettons que M. Fynaut n'ait pas cru devoir publier des observations nombreuses et détaillées, qui auraient certainement ajouté à l'intérêt et à l'autorité de sa communication.

(Fynaut, *Soc. belge de stomatologie*. Clinique des Hôp. de Bruxelles, 18 nov. 1905.)

Infection septique d'origine buccale, en tant que cause de l'iritis.

L'auteur, niant l'importance de la diathèse rhumatismale dans l'iritis non syphilitique, insiste sur le fait qu'il faut, dans ce cas, si l'on recherche l'origine infectieuse, avoir surtout en vue l'infection septique buccale. Il faut noter, à ce propos, l'importance sans cesse grandissante qu'assignent les médecins anglais à l'infection buccale dans l'étiologie des maladies. M. Campbell cite plusieurs cas d'iritis où la syphilis ni le rhumatisme ne pouvaient être incriminés ; il existait, par contre, une infection buccale caractérisée : les malades présentaient de la pyorrhée alvéolaire et de nombreuses caries dentaires. Le traitement consista surtout dans la mise en bon état de la dentition et de la bouche, associée à l'usage des mydriatiques et des toniques, et réussit parfaitement.

En présence de ces résultats, M. Campbell recommande, dans tous les cas d'iritis, l'examen systématique de la bouche.

(Campbell, *Lancet*, 22 juillet 1905.)

Les épithéliomas en surface des muqueuses leucoplasiques.

L'épithélioma des muqueuses, généralement regardé comme rapidement mortel, peut cependant rester bénin sur une muqueuse leucoplasique. Le professeur Reclus, dans une de ses cliniques de la Charité, donne de cette forme huit observations personnelles. Dans un cas entre autres, le malade a été opéré *onze fois, en vingt-quatre ans*, pour une tumeur linguale de nature épithéliale, développée sur une plaque leucoplasique, et récidivant en des points plus ou moins voisins.

Ces tumeurs se caractérisent par un certain nombre de particularités : 1° elles se développent sur une plaque leucoplasique ; 2° l'évolution est lente, la tumeur consiste en une élévation lenticulaire partant d'une base indurée ; au bout de dix ou onze ans, une ulcération survient, mais

à peine saignante (celle-ci est moins fréquente sur la langue qu'aux joues et aux lèvres) ; 3° la maladie est bénigne ; cependant dans un des cas du prof. Reclus, après une longue période de bénignité, la tumeur est devenue maligne; 4° la lésion change de place ; 5° quand l'engorgement ganglionnaire existe, il est lié à une inflammation banale.

La langue et la muqueuse buccale ne sont pas seules le siège de ces épithéliomas (vagin, muqueuse balanique).

Quelle que soit la lenteur de l'affection, l'extirpation s'impose ; mais il suffit de pratiquer une ablation économique, sans sacrifier la plus grande partie de l'organe, ni faire le curage préventif des gites ganglionnaires.

(Reclus, *Presse Médicale*, n° 97, p. 777, 2 décembre 1905.)

Intoxication mortelle par le chlorate de potasse à faible dose.

A la Société des médecins de Vienne, M. H. Albrecht relate le cas d'un enfant qui avait eu la varicelle, la rubéole et un catarrhe intestinal, et qui, traité pour une stomatite par le chlorate de potasse à l'intérieur à la dose de 0 gr. 50 centigrammes répétée deux jours de suite, succomba dans le collapsus. A l'autopsie on trouva une infiltration graisseuse du foie et une coloration brun chocolat du sang et des viscères.

Dans ce cas, il s'agissait probablement d'une prédisposition créée par l'état du foie, car la dose maxima est de 3 gr. chez l'enfant (8 gr. chez l'adulte).

M. Schopf cite également un cas d'intoxication mortelle chez un homme de vingt ans, à la suite de simples gargarismes au chlorate de potasse.

D'autre part, M. Grunfeld mentionne l'exemple d'un malade qui prit, sans suite fâcheuse, 15 gr. de chlorate de potasse à l'intérieur.

(*Semaine Médicale*, 29 nov. 1905.)

ÉCOLE DENTAIRE DE PARIS

Nomination.

Nous venons d'apprendre la nomination du Dr Pierre Sebileau, professeur agrégé à la Faculté, chirurgien de Lariboisière, au poste de directeur de l'amphithéâtre de Clamart.

Agrégé d'anatomie, le Dr Sebileau était tout désigné pour remplir cette haute fonction et être placé à la tête de cette école d'anatomie des hôpitaux où il fut jadis prosecteur pendant quatre années.

Outre de nombreuses notes communiquées à la Société d'anatomie, le Dr Sebileau a publié en 1892 ses « Démonstrations d'anatomie » où il s'est occupé surtout de l'étude de la tête et du cou. Son nom reste attaché à l'appareil suspenseur de la plèvre, à l'anatomie des aponévroses du cou, au système des veines jugulaires antérieures.

En pathologie chirurgicale on doit au Dr Sebileau l'article sur les maladies du testicule et de ses enveloppes, du cordon spermatique dans le Traité de Chirurgie de Le Dentu et Delbet. Il a publié dans les journaux médicaux un grand nombre de travaux de chirurgie générale, mais bientôt il s'est intéressé surtout, comme pour l'anatomie, à la chirurgie de la tête, du cou et de la face, prenant en 1901 la direction du service oto-rhino-laryngologique de Lariboisière.

Le Dr Sebileau s'est livré de bonne heure à des recherches sur la chirurgie très spéciale des maxillaires et par là il s'est rapproché des dentistes. Il a bien voulu toujours s'intéresser à notre spécialité et ouvrir largement l'accès de son service à nos confrères et à nos élèves, tandis qu'il acceptait de faire partie du corps enseignant de l'Ecole dentaire de Paris.

Directeur de l'amphithéâtre de Clamart, le Dr Sebileau dirigera les études anatomiques de nos étudiants de même qu'il dirige leurs études de clinique chirurgicale ; aussi sommes-nous très heureux d'adresser à l'éminent professeur nos félicitations bien sincères, au nom de l'Ecole dentaire de Paris.

E. S.

Vingt-sixième séance annuelle de réouverture des cours.

(Suite et fin.[1]*)*

RAPPORT ANNUEL

Par M. SAUVEZ,
Directeur adjoint de l'école.

Monsieur le Président,
Mesdames, Messieurs,

Le Conseil d'administration de l'École dentaire de Paris avait pensé, cette année, qu'il était préférable de remplacer la séance annuelle de distribution des récompenses par une visite du président de la séance faite le matin, afin de montrer nos divers services en pleine activité, ainsi que l'organisation générale et le fonctionnement de l'école.

De plus, le Conseil avait chargé M. Godon et moi-même de prier M. le Ministre du Commerce de bien vouloir, malgré son travail considérable, accepter la présidence de notre séance de distribution des récompenses. Aussi lorsque, il y a quelques jours, sur la recommandation de l'honorable sénateur, M. Strauss, qui a toujours donné à notre groupement son bienveillant appui, nous fûmes reçus par M. le Ministre du Commerce, nous lui demandâmes d'accepter notre offre et de venir de préférence le matin.

M. le Ministre voulut bien accepter la présidence de notre fête mais, par suite de la reprise des travaux parlementaires, il nous déclara ne pouvoir venir parmi nous que le soir.

Il était donc bien convenu que nous aurions comme président de cette séance notre distingué confrère, le Dr Dubief, lorsque survint la démission de M. Berteaux,

1. V. *L'Odontologie* des 30 novembre 1905, p. 470 et du 15 décembre, p. 539.

démission qui amena M. le Président du Conseil à prier M. Dubief d'accepter le portefeuille de ministre de l'Intérieur, au lieu du portefeuille de ministre du Commerce.

Dans ces conditions, M. Dubief, forcé de se mettre énergiquement au travail pour prendre la direction de son nouveau ministère, se vit dans l'impossibilité de distraire un seul instant pour tenir l'engagement qu'il avait pris comme ministre du Commerce et, malgré toute sa bonne volonté, se vit forcé de s'excuser et pria M. Mirman, le nouveau directeur de l'Assistance et de l'hygiène publiques de France au Ministère de l'Intérieur, de le représenter auprès de nous.

Nul choix ne pouvait nous être plus agréable que celui de l'ex-député de la Marne qui, après avoir eu, jadis, les succès brillants de l'École normale et de l'agrégation, après avoir eu, comme représentant du peuple une majorité qui s'augmentait chaque année, a été récemment nommé à l'un des postes les plus importants de l'État, puisqu'il a la charge de la santé publique dans notre pays.

Nous sommes donc extrêmement heureux de lui adresser les hommages de notre groupement et de lui dire combien nous sommes honorés d'avoir comme président de notre séance l'homme éminent qui, dans un discours récent, a affirmé d'une façon si précise sa conception de la solidarité humaine et qui va pouvoir, maintenant, faire profiter les populations de France de son goût passionné pour la question purement sociale et de l'expérience qu'il a acquise par plusieurs années de labeur. *(Applaudissements.)*

Ainsi donc, pour revenir à la question que j'exposais tout à l'heure, l'École dentaire de Paris subit en résumé, ce soir, les conséquences de la démission de M. Berteaux, ce qui prouve une fois de plus, que tous les bons Français subissent les exigences du Ministère de la Guerre.

Je tenais à donner ces explications pour montrer que nous ne pouvons qu'être reconnaissants à M. Dubief d'avoir accepté la présidence de cette séance et pour prier M. Mirman, son représentant autorisé, de lui porter les

remerciements bien sincères de notre groupement pour son acceptation de principe que des événements indépendants de sa volonté l'ont empêché de réaliser en pratique.

Je tenais aussi à prier, au nom de notre goupement, M. Mirman, de rappeler à M. Dubief que, ainsi que l'a montré tout à l'heure M. Godon, l'Ecole dentaire de Paris est rattachée aux trois Ministères du Commerce, de l'Intérieur et de l'Instruction publique, et que nous serions tous heureux, puisque M. le Ministre du Commerce n'a pu venir, de voir arriver un matin M. le Ministre de l'Intérieur, accompagné du directeur de l'Assistance et de l'hygiène publiques pour visiter notre École et notre Dispensaire et pour nous apporter par sa présence effective le témoignage de l'intérêt qu'il porte à notre œuvre d'assistance privée et l'appui de sa haute personnalité.

Je tenais enfin à m'excuser des quelques troubles d'organisation de cette séance qui peuvent avoir eu lieu et que ces changements, survenus au dernier moment, peuvent excuser un peu et enfin aussi à justifier le titre du rapport que j'ai été chargé de présenter ce soir, avant tous ces événements et qui pourrait s'intituler : « une visite à l'École dentaire de Paris », rapport qui avait pour but de remplacer dans une certaine mesure la visite qu'il a été impossible d'organiser pour la matinée.

Au reste, nous espérons que cette pseudo-visite pourra présenter quelque intérêt pour les personnalités éminentes qui sont ici ce soir et qui s'occupent des questions d'assistance.

Voyons donc un instant le Dispensaire de l'École et supposons un malade qui vient y consulter. L'administration lui remet à son entrée un numéro d'ordre et une carte spéciale qu'il sera tenu de rendre en sortant et sur laquelle seront marquées les diverses opérations exécutées par les étudiants et vérifiées par les membres du Corps enseignant. Ces cartes servent de contrôle pour le nombre des entrées et pour les travaux pratiques des étudiants. C'est par elles que nous savons qu'il vient au Dispensaire environ 40.000

malades par an et que nous pouvons également connaître le nombre d'obturations, d'opérations, d'appareils, en un mot le nombre et la nature des interventions diverses qui ont été pratiquées.

A l'appel de son numéro, le patient quitte la salle d'attente, passe dans la salle spéciale de clinique de chirurgie dentaire, très claire, d'un nettoyage facile, et dans laquelle se tiennent les étudiants de service. Le chef de clinique l'examine, indique aux étudiants les particularités du cas, les causes de la douleur, le genre d'intervention et, s'il s'agit d'une opération d'urgence, la fait exécuter immédiatement sous sa direction par les étudiants en employant, s'il le juge utile, l'anesthésie locale.

Si le cas est particulièrement intéressant, le malade est mis à part et sert de sujet de leçon clinique pour le professeur de clinique, qui pratique le plus souvent lui-même l'opération indiquée en donnant les explications utiles.

Enfin, s'il y a lieu de recourir à une anesthésie générale ou à un traitement de dentisterie opératoire ou de prothèse, le malade est adressé aux services correspondants et confié aux étudiants, suivant leur tour. C'est ainsi que sont organisées la réception des malades, la consultation, la clinique de chirurgie dentaire et la canalisation des malades sur les divers services.

Nous quittons cette salle de clinique, en fuyant son concert permanent, malgré l'anesthésie, après avoir remarqué le va-et-vient incessant des malades, l'attention théoriquement silencieuse des élèves, le fonctionnement du service de nettoyage des instruments *(Applaudissements)* qui sont toujours stérilisés à l'eau bouillante et nous voyons, en passant le grand amphithéâtre.

Un étage plus haut se trouve le petit amphithéâtre et, à côté, une salle assez grande, très claire, qui est la salle de clinique de prothèse.

Ce service fonctionne aussi *tous les jours* depuis cette année ; c'est là que sont adressés les malades que nous avons vus tout à l'heure passer à la clinique et qui deman-

dent à être restaurés, au point de vue dentaire physiologique et esthétique.

S'il s'agit de patients pouvant prouver qu'ils sont entièrement dénués de ressources, l'administration de l'école, qui affecte un crédit spécial à l'achat des matières premières pour les appareils de prothèse nécessaires aux malheureux, fait faire les appareils indiqués, sous la surveillance des professeurs de clinique de prothèse, assistés des chefs de clinique et des démonstrateurs. Il est inutile de dire que ce crédit ne répond malheureusement pas aux nombreuses demandes qui nous sont adressées, et que nous recevrons avec reconnaissance tous les dons qu'on voudra bien nous faire avec cette destination spéciale.

S'il s'agit de malades pauvres, mais possédant quelques ressources, l'administration fait une enquête sur chacun d'eux, afin de ne pas causer de préjudice aux praticiens établis, car nous ne saurions oublier que cette école appartient à une société de dentistes et est placée sous le patronage de l'Association générale des Dentistes de France.

Après cette enquête, la direction décide s'il y a lieu d'exécuter les appareils indiqués ; dans ce cas, le malade rembourse à l'Ecole les frais de matières premières, d'après un tarif spécial très peu élevé, fixé par la Commission de prothèse et approuvé par le Conseil d'administration.

Dans l'un et l'autre cas, et nous insistons sur ce point, les appareils livrés aux malades ne sont pas confectionnés par les élèves, mais par des mécaniciens éprouvés, choisis par le Conseil et appointés par l'école. Nous en avons cinq actuellement, sous la direction de cinq professeurs et nous avons la place suffisante pour en avoir plus, si besoin était.

Les étudiants font le même travail sous la direction de ces cinq mécaniciens et des professeurs, prennent les empreintes et essayent sur les patients leurs appareils, qui ne servent qu'à justifier qu'ils ont fait les travaux pratiques exigés.

En résumé, l'école fournit gratuitement son corps enseignant, ses mécaniciens, ses locaux et le gros outillage.

Quand il s'agit d'un véritable indigent, elle fournit même, autant qu'elle le peut, les matières premières. Quand il s'agit seulement d'un pauvre, elle accepte le remboursement des frais matériels principaux. C'est, comme on le voit, le même principe que pour les écoles professionnelles de la Ville de Paris et que pour l'Assistance publique. Disons aussi que le Laboratoire de prothèse est ouvert toute la journée, ce qui n'a lieu que dans cette école et seulement depuis cette année.

En dehors du service de prothèse normale, c'est-à-dire du remplacement des dents, existent le service d'orthodontie, c'est-à-dire du redressement des dents des enfants, qui est très important, et le service de prothèse chirurgicale, qui est une des gloires de l'Ecole et dans lequel sont restaurées les malformations congénitales ou acquises.

Un étage encore et nous visitons le Laboratoire de prothèse, vaste salle très claire, pleine des gros instruments nécessaires pour la prothèse et dans laquelle sont confectionnés les appareils des indigents ; à ce laboratoire est rattachée une annexe située à l'étage supérieur et qui est spécialement affectée aux travaux de moulage.

Après avoir visité ce pavillon de trois étages dans lequel se trouvent les deux amphithéâtres, les services et le Laboratoire de prothèse, nous redescendons et nous visitons la grande salle dans laquelle nous sommes actuellement réunis et où s'exécutent de 9 heures du matin à 5 heures du soir les travaux pratiques de dentisterie opératoire, ce qui n'a lieu également que dans cette Ecole et depuis cette année seulement ; cette salle a près de 300 mètres carrés et contient une centaine de fauteuils et de meubles dentaires. C'est une véritable ruche où plus de 250 personnes, élèves et patients, circulent à l'aise. Les murs sont garnis de vitrines renfermant les pièces les plus variées, qui font du Musée de l'école l'un des premiers du monde, sinon le premier, et l'on y voit comme annexe une salle spéciale de démonstrations.

C'est dans ce service que se rendent les malades que nous avons vus passer à la clinique tout à l'heure et qui

ont été confiés à un étudiant pour un cas de dentisterie opératoire, c'est-à-dire pour un nettoyage, un traitement, une obturation en ciment, en amalgame, en émail ou en or. C'est aussi dans cette salle que sont confectionnés les couronnes d'or et d'émail, les dents à pivot, les bridges, etc., c'est-à-dire tout ce qui constitue l'art dentaire moderne et que nous considérons comme l'une des parties les plus importantes de notre profession.

C'est précisément cette partie qui est, à tort, la moins considérée par quelques rares anciens médecins-dentistes, les stomatologistes d'autrefois, qui décrient par principe, tout ce qui sort du domaine strictement médical et qui est vraiment spécial et technique, parce qu'ils n'ont pas pu ou voulu se tenir au courant du progrès, ou qu'ils dédaignent cette partie comme trop au-dessous d'eux. Vous savez qu'on a vu de même pendant longtemps, en médecine, de vieux praticiens réfractaires aux idées apportées par la bactériologie parler avec dédain du microbisme, comme certains parlent avec dédain du bridge-workisme pour notre spécialité. Les événements ont permis de constater la puissance de la bactériologie, de même qu'on constatera la marche envahissante de la bonne dentisterie moderne, telle que nous nous efforçons de l'enseigner ici.

Dans ce service de dentisterie opératoire, la gratuité absolue est la règle, sauf pour les aurifications, les couronnes d'or et les bridges, pour lesquels le malade rembourse uniquement le prix des matières premières et dont sont exclus, naturellement, par l'administration, les malades aisés, toutes les fois qu'elle s'aperçoit de leur situation de fortune ou qu'ils lui sont signalés, afin de ne pas nuire aux praticiens établis.

Quittons cette salle consacrée à toutes les opérations de dentisterie opératoire, après avoir remarqué que les travaux pratiques sont dirigés et surveillés par des professeurs et des démonstrateurs ; jetons, en passant, un coup d'œil sur le vestiaire des élèves, dans lequel des armoires spacieuses permettent à nos étudiants de ranger leurs

vêtements et leurs instruments, et, après avoir vu rapidement la salle de réception, visitons les deux grandes salles très claires situées à l'entrée de l'École. L'une d'elles sert aux démonstrations pratiques, faites par les professeurs aux élèves de 2e et de 3e année ; l'autre est affectée à la 1re année. C'est là que les élèves sont initiés aux différentes opérations de l'art dentaire sur des dents en plâtre et sur des appareils spéciaux dits appareils fantômes.

Nous voyons aussi au rez-de-chaussée la salle du journal de l'Ecole, *L'Odontologie*, la Bibliothèque, très vaste et bien organisée, et la salle de lecture sur place.

Nous visitons ensuite au premier étage le service de clinique d'anesthésie et de stomatologie, auquel sont adressés les patients relevant de ces services par la clinique dentaire journalière qui constitue, comme nous l'avons vu, un véritable bureau d'admission et de répartition.

Dans ce service, absolument gratuit et qui fonctionne tous les jours, sont opérés, avec anesthésie générale ou avec anesthésie locale, les malades atteints d'affections variées relevant des dents, sous la direction de professeurs, de chefs de clinique et de démonstrateurs d'anesthésie. Une salle est spécialement réservée aux malades qui attendent leur tour et une salle de repos à ceux qui viennent d'être opérés.

Nous voyons en passant la salle du Conseil d'administration, la lingerie, le bureau de la Direction, le bureau du Chef du secrétariat, la salle des Archives, les diverses pièces du secrétariat, et nous arrivons à une dernière grande salle très claire qui sert aux travaux pratiques de physiologie, d'histologie, de bactériologie et au fond de laquelle est le cabinet du chef de ces travaux pratiques.

Nous avons enfin terminé la visite et, comme je n'ai pas spécifié qu'il s'agissait d'une visite ministérielle, je vous fais grâce des trophées de drapeaux, des tentures et surtout de l'odeur de peinture qui en forment l'accompagement si fréquent.

Nous avons vu le malade entrer au Dispensaire, passer à la clinique, être opéré d'urgence, s'il y a lieu, être adressé

ensuite à l'un des services de prothèse ou à l'un des services de dentisterie opératoire, ou encore au service d'anesthésie. Nous avons vu que toutes les opérations sont gratuites et que le patient peut recevoir à l'Ecole tous les soins de *dentisterie complète*, tels qu'il les recevrait dans un des cabinets les plus modernes de Paris, soins vérifiés, contrôlés par le corps enseignant et pratiqués sous sa direction. Nous avons vu également les précautions qui sont prises pour ne pas faire de tort aux praticiens.

Nous tenons à insister sur le fait que les étudiants, même médecins, ne sont admis à soigner les patients qu'après un stage plus ou moins long pendant lequel on leur fait exécuter sur l'appareil fantôme toutes les opérations de dentisterie opératoire qu'ils auront plus tard à pratiquer dans la bouche et qu'après avoir subi un examen de validation de ce stage.

Les étudiants n'apprennent donc pas sur les malheureux ; ils apprennent sur l'appareil fantôme et, comme ils sont guidés dans leurs débuts par des praticiens nombreux et expérimentés, les 40.000 malades qui viennent nous consulter ne courent aucun risque et peuvent être parfaitement soignés.

Combien coûtent aux pouvoirs publics les soins que donne l'Ecole aux pauvres de Paris? *Absolument rien*, puisque les subventions que nous recevons sont plutôt morales que matérielles. Nous remercions toutefois vivement les pouvoirs publics de ces subventions et si par bonheur le Ministère de l'Intérieur voulait bien, comme le Ministère du Commerce, nous accorder une subvention, nous lui en serions infiniment reconnaissants.

C'est à cause de ces services rendus que nous avons les sympathies de tant d'hommes politiques, qui les reconnaissent par leur attachement à notre groupe et c'est pourquoi nous *voulons* forcer, sinon la sympathie, au moins l'estime de tous les hommes politiques du Gouvernement de la République pour le bien que fait notre Ecole.

Nous ne saurions donc trop faire l'éloge des praticiens dévoués composant notre Corps enseignant, qui consentent

à donner gratuitement une ou plusieurs matinées par semaine pour venir apporter ici leur expérience et leurs connaissances, afin de soulager les malheureux qui souffrent, en même temps qu'ils collaborent *généreusement* à l'enseignement de leurs confrères, c'est-à-dire de leurs concurrents de demain.

Nous pensons qu'ils font là de la véritable mutualité, dans le sens élevé du mot, puisqu'ils sacrifient, en partie, leurs intérêts matériels au soulagement des pauvres et à l'intérêt général de leur profession, rejetant de leur pensée les sentiments mesquins d'intérêt particulier pour marcher dans la voie libérale et noble de la bienfaisance et de l'enseignement mutuel. *(Applaudissements.)*

Quand nous aurons ajouté que tous les membres du corps enseignant, à partir du grade de chef de clinique, ont obtenu leur titre au concours, nous aurons montré, je pense, qu'ils ont plutôt droit aux remerciements de tous qu'aux critiques qui leur sont parfois adressées par des personnalités ou des groupes qui n'ont jamais pu installer ni une école, ni un enseignement, ni un service de dentisterie opératoire complet.

Il ne nous appartient pas, *naturellement*, de remercier au nom de la société les membres du Corps enseignant, mais, au nom de la Direction de l'école, nous leur adressons nos félicitations les plus sincères et nous les assurons *tous* de notre sympathie la plus vive ; nous prenons part, du fond du cœur, à leurs joies comme à leurs douleurs, et nous leur affirmons qu'ils peuvent tous compter sur nous, comme nous comptons sur eux. Les amis de l'école, et je dirai même des bonnes écoles en général, sont nos alliés, au point de vue de nos idées professionnelles ; tous leurs ennemis sont nos adversaires.

Nous pensons aussi que les élèves nouveau venus apprécieront leur dévouement et leur désintéressement et qu'ils faciliteront leur tâche. Au reste, la grande majorité des étudiants le comprend.

Nous profitons de cette réunion pour leur dire que nous ne les considérons pas comme de jeunes élèves, mais comme

des hommes, comme des collaborateurs qui donnent leur concours puissant à notre œuvre de philanthropie et d'assistance privée, absolument comme les étudiants en médecine donnent à l'Assistance publique une collaboration active et généreuse. Nous les assurons qu'ils trouveront toujours auprès de la Direction de cette école, non seulement un bon accueil et la plus grande justice, mais encore un appui, un guide dans leurs études et la plus grande bienveillance, celle qui ne se traduit pas seulement par des paroles, mais par des actes, et nous avons, jusqu'ici, fait notre possible pour le prouver. *(Applaudissements.)*

Je ne voudrais pas laisser pénétrer dans votre esprit l'idée qu'en revenant d'Amérique on a toujours une tendance à répéter, en parlant des choses auxquelles on collabore, leur éternel « best in the world » et j'aurais voulu montrer, non seulement l'œuvre d'assistance que représente l'école, mais aussi l'organisation de l'enseignement professionnel, de l'enseignement scientifique et médical théorique et pratique.

Malheureusement le cadre de ce rapport ne me le permet pas. J'espère avoir une autre occasion de le faire.

Je signalerai simplement que, depuis cette année, l'École dentaire de Paris, indépendamment de son enseignement régulier, a institué des cours particuliers, formant en quelque sorte des répétitions spéciales pour la préparation aux examens de la Faculté pour le diplôme de chirurgien-dentiste. Ces répétitions ont donné les meilleurs résultats et plusieurs examinateurs, dont quelques-uns sont ici, nous ont déclaré qu'ils étaient en général satisfaits des réponses de nos étudiants.

Je ne puis donc vous parler non plus de l'action professionnelle de l'école, en France et à l'étranger. Je ne puis vous parler davantage de l'organisation administrative de l'école, dans laquelle non seulement toutes les fonctions sont gratuites, mais aussi dans laquelle tous les fonctionnaires sont soumis à l'élection. C'est une véritable petite République ; c'est le régime parlementaire, démocratique,

avec ses avantages et naturellement aussi ses petits inconvénients. Les membres de la société sont les électeurs et le Conseil d'administration forme la Chambre, avec ses interpellations, ses séances parfois mouvementées, ses dangers, voire même ses changements de ministère, mais ce ne sont jamais que des questions d'enseignement et d'administration qui sont en jeu.

Si donc parfois les membres de cette société soutiennent les uns contre les autres des luttes plus ou moins vives, cela prouve simplement la vitalité de notre groupement et de notre école, l'intensité des convictions des adversaires qui peuvent, après comme avant, avoir entre eux des rapports corrects et même cordiaux, parce qu'ils n'ont défendu que des principes et des idées. *(Applaudissements.)*

Et si nous ne pensons pas tous de même au point de vue de l'orientation professionnelle nous restons unis pour l'école et, pour ce qui me concerne, mon concours et ma bonne volonté sont acquis à tous ceux qui collaborent à l'École dentaire de Paris.

J'ai terminé messieurs, mais je tiens à vous dire, en terminant, que nous fêtons aujourd'hui, bien simplement, l'anniversaire des vingt-cinq premières années de l'école, c'est-à-dire les *noces d'argent* de notre groupement.

Reportons-nous un instant à la fondation de l'école par quelques confrères dévoués, soutenus et entraînés par l'activité intelligente, libérale et enthousiaste du Dr Godon, qui a consacré aux dentistes et à l'art dentaire de France, pendant vingt-cinq ans, tant de travail et d'énergie. Je suis heureux de le dire ici, certain que vous pensez tous comme moi. *(Applaudissements.)*

Mesurons ensemble le chemin parcouru, depuis le petit appartement du troisième étage au numéro 23 de la rue Richer, jusqu'à l'installation si importante que nous avons visitée tout à l'heure ensemble et nous pourrons, je crois, constater presque avec orgueil que nous avons fait de la bonne besogne.

Nous n'avons pas passé notre temps à rêver d'une école dentaire idéale, comme certains de nos confrères, parmi lesquels j'ai même des amis personnels. Nous n'avons pas tenu leur raisonnement qui se schématise ainsi : « Je suis pour une école dentaire idéale. *Or*, l'idéal n'est pas de ce monde et on ne peut y atteindre. *Donc*, je préfère rester tranquille, ce qui est d'ailleurs infiniment plus aisé. »

Nous pouvons, nous, membres de cette société, dire que nous avons fait quelque chose. Est-ce parfait ? Non, mais si l'idéal a la note 20 et que nous méritions 10 ou 15, il ne nous reste plus que quelques points à gagner. Ces quelques points, nous les gagnerons, grâce à votre travail, messieurs et chers collaborateurs. Donc, encore un effort, encore un peu d'énergie et nous arriverons à un résultat meilleur encore, résultat pratique et précis, comme il convient à des hommes pratiques, qui ne se contentent pas du rêve.

Nous avons vu récemment entrer au Conseil et dans le Corps enseignant un grand nombre de jeunes confrères dévoués qui, bientôt, nous l'espérons, seront à même de nous remplacer et tous les anciens seront très heureux de les guider dans cette voie tout en conservant leur concours à l'œuvre commune. Mettons donc tout notre zèle à les former, à les encourager, à les préparer à leur rôle et recrutons de toutes parts les bonnes volontés, d'où qu'elles viennent. Nous avons, pour nous encourager, la joie de constater qu'à l'heure actuelle quatre-vingt-quinze nouveaux élèves se sont fait inscrire à notre école, tandis que, l'année dernière, qui était très brillante, il n'y en avait que soixante-quatorze à l'époque correspondante. *(Applaudissements.)*

Nous avons également, pour nous encourager, l'appui des hommes éminents que vous voyez ce soir, qui se sont rendus à notre appel. Nous avons enfin l'appui de ceux dont nous avons lu tout à l'heure les lettres éloquentes, qui seront conservées dans le livre d'or de l'École dentaire de Paris.

N'écoutons pas que le concert d'éloges ; lisons aussi les

critiques, étudions-les, profitons-en surtout. Et, quant aux petites attaques personnelles, aux pointes que l'on nous adresse plus ou moins directement, ne nous en occupons pas. Tous les hommes qui occupent une situation dans un groupement, qu'il soit petit ou grand, ont été sujets à ces attaques, même des hommes très supérieurs, auxquels on ne peut avoir l'audace de se comparer, des hommes qui sont parmi les plus méritants et les plus dignes, comme par exemple M. Mesureur, ce grand honnête homme, qui est une des gloires de la République. *(Applaudissements.)*

Ainsi donc, ne nous attardons pas à répondre aux criailleries des inactifs, des aigris et des impuissants. Souvenons-nous du proverbe arabe : « Les chiens aboient, la caravane passe. » Et continuons notre marche en avant, réunis sous le même drapeau professionnel qui porte dans ses quatre coins les mots : Travail, Union, Bienfaisance, Progrès. *(Applaudissements prolongés.)*

CONCOURS

(PROFESSEURS SUPPLÉANTS)

Programme et règlement.

Art. 1er. — Le Conseil d'administration de l'Ecole dentaire de Paris décide l'ouverture d'un concours pour :

2 postes de *Professeur suppléant de clinique d'anesthésie.*

2 postes de *Professeur suppléant de dentisterie opératoire.*

Art. 2. — Le concours comprend : A. Une épreuve sur titres. B. Une épreuve clinique. C. Une ou plusieurs épreuves théoriques et pratiques. D. Une épreuve écrite. E. Une leçon orale.

A la première séance, qui aura lieu le dimanche 4 février pour les postes de professeur suppléant de clinique d'anesthésie, et le dimanche 11 février pour les postes de professeur suppléant de dentisterie opératoire, à 9 heures du matin, à l'École dentaire de Paris, 45 rue de La Tour-d'Auvergne, le Jury procèdera d'abord à l'examen des titres des candidats, puis à l'épreuve cli-

nique ; il leur communiquera ensuite la liste des questions, pour la dissertation écrite, parmi lesquelles il en sera ultérieurement tiré au sort une seule pour l'ensemble des candidats à chaque poste.

Les dates des séances suivantes seront fixées par le Jury.

Épreuves.

1° Une **épreuve sur titres** comptant pour 45 points, savoir ;

Titres universitaires.....	5 points.
Titres dentaires (postes de préparateurs et démonstrateurs et services rendus à l'Ecole ou à la profession).....	20 —
Travaux scientifiques.....	20 —

L'appréciation des titres se fait d'après les dossiers remis par les candidats au secrétariat général huit jours avant la date d'ouverture du concours. Des explications complémentaires pourront être demandées aux candidats par le jury.

2° Une **épreuve clinique** comptant pour 20 points, consistant en une leçon sur un ou deux malades au choix du jury.

Le candidat aura un 1/4 d'heure pour examiner chaque malade et un 1/4 d'heure pour exposer le résultat de l'examen de chaque malade.

3° Une **épreuve pratique** comptant pour 40 points et consistant dans les opérations suivantes :

Exécution sur le malade d'une ou de plusieurs opérations au choix du jury.

Valeur comparative des différents modes opératoires.

4° Une **épreuve écrite** comptant pour 20 points, consistant en une dissertation sur un sujet tiré au sort dans une série de cinq questions portées à la connaissance des candidats cinq jours à l'avance. Trois heures seront accordées pour ce travail, qui sera fait sans l'aide de livres ni de notes.

Les compositions seront lues en présence du jury, qui pourra argumenter les candidats sur le sujet traité.

5° Une **leçon orale**, de trois quarts d'heure, comptant pour 30 points sur un sujet donné par le jury.

Les candidats auront trois jours pour la préparation de cette leçon et pourront, en la faisant devant le jury, s'aider de documents ou de notes.

Jury.

Art. 3. — Le jury dans chacun des Concours se compose de quatre membres, savoir :

Le Directeur de l'Ecole, Président.

Pour l'anesthésie.	*Pour la dentisterie opératoire.*
3 professeurs de clinique d'anesthésie, tirés au sort.	3 professeurs de dentisterie opératoire, tirés au sort.

Un délégué du Conseil d'administration assiste aux opérations du Jury.

Classement.

Art. 4. — Le classement des candidats sera opéré d'après le nombre de points obtenus, dont le maximum est de 155 points.

Minimum pour être admis : les 2/3 du maximum (épreuve sur titres exceptée). Ce minimum obtenu ne donne pas droit à la nomination.

Les points des titres des candidats seront fixés au début de l'examen, avant la première épreuve.

A la fin de chaque épreuve les points obtenus seront proclamés.

Nomination.

Art. 5. — La nomination est prononcée et proclamée par le Conseil d'administration de l'Ecole, d'après les rapports adressés par le jury du concours, la Commission d'enseignement entendue. Le candidat déclaré admissible n'a droit au titre faisant l'objet du concours qu'à partir du jour de sa nomination et de son entrée en fonctions.

Conditions d'admission au concours.

Art. 6. — *a*) Être âgé de 25 ans au moins ;

b) Jouir en France des droits civils et politiques ou être en instance pour obtenir l'admission à domicile ou la naturalisation ;

c) N'avoir commis aucun acte entachant l'honorabilité ;

d) Faire partie de la Société de l'Ecole et du Dispensaire dentaires de Paris ou avoir fait acte de candidature ;

e) Avoir fait acte de candidature huit jours au moins avant l'ouverture du concours par une demande écrite contenant l'énumération des titres, qualités et travaux, et avoir signé l'engagement du service contenant les obligations inhérentes au poste faisant l'objet du concours d'après les règlements en vigueur ;

f) Avoir le droit d'exercice légal en France.

Toutes les épreuves sont publiques, sauf l'épreuve sur titres. Toutefois les élèves en cours d'études ne peuvent y assister.

CONCOURS

(CHEFS DE CLINIQUE)

Programme et règlement.

Art. 1er. — Le Conseil d'administration de l'Ecole dentaire de Paris décide l'ouverture d'un concours pour :

2 postes de *Chef de clinique de chirurgie dentaire.*
2 postes de *Chef de clinique d'anesthésie.*
1 poste de *Chef de clinique de prothèse restauratrice.*

Art. 2. — Le concours comprend : A. Une épreuve sur titres. B. Une épreuve clinique. C. Une épreuve écrite.

Ce concours commencera le dimanche 18 février pour les postes de chef de clinique d'anesthésie, et le dimanche 25 février pour les autres postes, à 9 heures du matin, à l'Ecole dentaire de Paris, 45, rue de la Tour-d'Auvergne.

A cette séance, le Jury procèdera d'abord à l'examen des titres des candidats, puis à l'épreuve clinique ; il communiquera ensuite une liste de huit questions, pour la dissertation écrite, parmi lesquelles il en sera ultérieurement tiré au sort une seule pour l'ensemble des candidats à chaque poste.

Les dates des séances suivantes seront fixées par le Jury.

Épreuves.

1° Une **épreuve sur titres** comptant pour 35 points, savoir :

Titres universitaires	5 points.
Titres dentaires (postes de préparateurs et démonstrateurs et services rendus à l'Ecole ou à la profession)	10 —
Travaux scientifiques	20 —

L'appréciation des titres se fait d'après les dossiers remis par le secrétariat général et les explications orales qui pourront être demandées aux candidats.

2° Une **épreuve clinique** comptant pour 30 points et comprenant :

CHEF DE CLINIQUE DE CHIRURGIE DENTAIRE

a) Examen d'un malade choisi par le jury, explication clinique de l'affection dont il est atteint et du traitement à instituer.

Le candidat aura 1/4 d'heure pour examiner ce malade et 1/4 d'heure pour exposer le résultat de son examen.

b) Exécution de plusieurs opérations d'urgence.

CHEF DE CLINIQUE D'ANESTHÉSIE

a) Examen de 3 malades et explication clinique de l'affection, le diagnostic, le pronostic, les indications sur l'intervention, le mode d'anesthésie à employer.

Le candidat aura 3/4 d'heure pour examiner les malades et 1/2 heure pour exposer ses conclusions.

b) 2 Opérations d'urgence à exécuter séance tenante sur l'un des malades ou sur tout autre choisi par le jury. L'une sera pratiquée avec anesthésie générale, l'autre avec anesthésie locale.

CHEF DE CLINIQUE DE PROTHÈSE RESTAURATRICE

a) Examen de la bouche d'un sujet, explication de l'appareil prothétique combiné de manière à remédier efficacement aux défectuosités existantes avec indication d'un traitement préparatoire de la bouche.

b) Une ou plusieurs opérations d'urgence exécutées sur le sujet examiné ou tout autre choisi par le jury.

c) Prise d'empreinte et moulage.

3° Une **épreuve écrite** comptant pour 30 points et consistant en une dissertation sur un sujet tiré au sort dans une série de huit questions portées à la connaissance des candidats huit jours à l'avance. Deux heures seront accordées pour ce travail, qui sera fait sans l'aide de livres ni de notes.

Les compositions seront lues en présence du jury, qui pourra argumenter les candidats sur le sujet traité.

Jury.

Art. 3. — Le Jury se compose de quatre membres, savoir :

Le Directeur de l'Ecole, Président.

Chirurgie dentaire. — 1 *Professeur titulaire de clinique de chirurgie dentaire et* 2 *Professeurs suppléants de clinique* tirés au sort.

Clinique d'anesthésie. — *Le Professeur titulaire d'anesthésie.*

1 *Professeur de clinique anesthésique et* 1 *Professeur suppléant de clinique de chirurgie dentaire* tirés au sort.

Prothèse restauratrice. — *Le Professeur titulaire de prothèse restauratrice et* 2 *Professeurs suppléants dentistes* tirés au sort.

Un délégué du Conseil d'administration assiste aux opérations du Jury.

Classement.

Art. 4. — Le classement des candidats sera opéré d'après le nombre de points obtenus, dont le maximum est de 95 points.

Minimum pour être admis : les 2/3 du maximum (épreuve sur

titres exceptée). Ce minimum obtenu ne donne pas droit à la nomination.

Les points des titres des candidats seront fixés au début de l'examen, avant la première épreuve.

A la fin de chaque épreuve les points obtenus seront proclamés.

Nomination.

Art. 5. — La nomination est prononcée et proclamée par le Conseil d'administration de l'Ecole, d'après les rapports adressés par le jury du concours, la Commission d'enseignement entendue. Le candidat déclaré admissible n'a droit au titre faisant l'objet du concours qu'à partir du jour de sa nomination et de son entrée en fonctions.

Conditions d'admission au concours.

Art. 6. — *a*) Être âgé de 25 ans au moins;

b) Jouir en France des droits civils et politiques ou être en instance pour obtenir l'admission à domicile ou la naturalisation;

c) N'avoir commis aucun acte entachant l'honorabilité;

d) Faire partie de la Société de l'Ecole et du Dispensaire dentaires de Paris ou avoir fait acte de candidature;

e) Avoir fait acte de candidature huit jours au moins avant l'ouverture du concours par une demande écrite contenant l'énumération des titres, qualités et travaux, et avoir signé l'engagement de service contenant les obligations inhérentes au poste faisant l'objet du concours d'après les règlements en vigueur;

f) Avoir le droit d'exercice légal en France.

Toutes les épreuves sont publiques, sauf l'épreuve sur titres. Toutefois, les élèves en cours d'études ne pourront y assister.

BIBLIOGRAPHIE

Les angines ulcéreuses et les perforations du voile du palais dans la scarlatine, par le Dr J. Pivert, Thèse de Paris, 1905.

M. Pivert décrit une variété d'angine ulcéreuse, survenant au cours de la scarlatine et pouvant affecter les amygdales, les piliers, la luette ; souvent l'ulcération siège à la région moyenne du voile du palais, présentant une forme arrondie, avec des bords taillés à pic, et semblant être le résultat d'une nécrose plus ou moins profonde. En deux ou trois jours, une ou plusieurs perforations peuvent se produire. La présence d'une perforation du voile du palais dans l'angine ulcéreuse de la scarlatine est presque toujours d'un pronostic fatal, la mort survenant soit dans les jours qui en suivent l'apparition, soit après la disparition de l'éruption.

Cette angine, comme le prouvent les examens bactériologiques, n'a aucun rapport avec la diphtérie ni avec l'angine de Vincent. D'autre part, l'absence d'anaérobies dans les tissus, le peu de tendance à l'extension des lésions, la distinguent des gangrènes véritables.

Elle présente un certain degré de contagiosité chez les scarlatineux, et se montre sous forme épidémique, d'une fréquence variable selon les années.

Le seul traitement semblant avoir donné des résultats appréciables est l'attouchement quotidien des ulcérations avec une solution de chlorure de zinc à 1/30.

Étude critique de l'obturation des dents par la porcelaine, par M. Ch. J. Fleischmann. H. Georg, éditeur, Lyon.

Le mémoire de M. Fleischmann est en quelque sorte une revue générale des procédés d'obturation dentaire. L'auteur évite toute bibliographie, indiquant dans sa préface que son unique but est de publier le résultat de son expérience personnelle acquise par une longue pratique.

Il étudie en premier lieu la gutta-percha, comme substance d'obturation provisoire et comme substance d'obturation définitive.

Il s'en déclare partisan comme obturation définitive, pour certaines caries du collet, en partie recouvertes par la gencive.

L'inaltérabilité, l'adhérence parfaite de la gutta en font une

substance précieuse dans tous les cas où l'obturation est à l'abri, par sa situation, de l'usure mécanique.

L'auteur ne peut voir dans les ciments qu'une déplorable substance d'obturation; toutefois pour le scellement des inlays, des couronnes, des pivots leur emploi est précieux.

Des recherches sont faites dans le but d'obtenir un ciment dit ciment porcelaine. L'auteur a retiré des résultats relativement satisfaisants de l'emploi du ciment Ascher, mais les obturations faites avec ce ciment ne peuvent en aucun cas être mises en parallèle avec les inlays de porcelaine.

A propos des amalgames, M. Fleischmann insiste sur la valeur d'un foulage méthodique. On évitera soigneusement, en usant du fouloir, d'amener le mercure petit à petit des couches profondes de l'obturation à la surface de cette dernière, ce qui entraîne des variations dans l'homogénéité de la prise de l'amalgame des différentes couches.

L'aurification, moyen d'obturation excellent, présente le défaut d'être visible et d'exiger une technique difficile. L'usage récent des ors en éponge, d'un travail en apparence facile, a permis de faire un grand nombre de mauvaises aurifications.

L'or en éponge demande, en effet, autant de soin dans sa manipulation et sa condensation que l'or en feuille, cependant il permet de gagner du temps surtout pour construire les premières couches d'une aurification. M. Fleischmann se déclare tout à fait satisfait de l'usage de l'or fibreux du Dr Höpfner et d'une façon générale partisan des ors en éponge, à condition qu'on ne se laisse pas tromper par l'apparence rapide et facile de leur condensation.

L'obturation à la porcelaine est enfin l'obturation idéale et qui peut remplacer l'aurification pour les dents antérieures. En d'autres termes la porcelaine devra être préférée pour tous les cas où l'esthétique, c'est-à-dire la situation de la cavité, rend discutable l'emploi de l'or ou de l'amalgame.

Les inlays sont contre-indiqués dans les cavités approximales où le bloc par les efforts de la dent antagoniste aurait une tendance à être chassé hors de son alvéole, dans toutes les petites cavités où le défaut esthétique de l'or n'a qu'une importance très minime, pour tous les cas où il sera vraiment impossible d'obtenir une empreinte absolument parfaite, fidèle de la cavité.

« Nous ne saurions trop protester, écrit l'auteur, contre les tendances que nous constatons chez certains enthousiastes qui veulent mettre de la porcelaine partout. »

La préparation des cavités se fera d'après des lois sévères, avec un soin tout spécial. Les bords, les contours devront être irréprochables. nets et solides.

Ne pas craindre d'employer la loupe pour le contrôle de cette opération ; les obturations en porcelaine ne supportent pas l'à peu près, il leur faut la perfection.

M. Fleischmann se déclare nettement partisan des porcelaines à basse fusion, dont il reconnaît d'ailleurs posséder une plus grande expérience.

Il préfère la méthode de Jenkins et s'en déclare absolument satisfait « ..... nous connaissons des centaines d'inlays placés par nous ou par des confrères, inlays qui ont trois et quatre ans de date, et nous pouvons affirmer que, pendant ce laps de temps du moins, aucun autre procédé n'aurait fait aussi bien. »

« Incontestablement, ajoute-t-il, le champ de la méthode d'obturation par les inlays est largement ouvert à toutes les espérances, il faut y travailler sans relâche, car le succès est au bout. »

Le mémoire de M. Fleischmann est remarquable par la modération avec laquelle l'auteur expose ses théories et ses méthodes ; la parfaite clarté avec laquelle cette technique complexe est exposée facilite la lecture de cet excellent travail, où chacun pourra puiser un utile enseignement.

GEORGES LEMERLE.

Livres reçus.

Nous avons reçu diverses brochures intitulées *Die Zahnheilkunde in der Volkspoesie*, *Zahnheilkunde und Volksaberglaube*, par le Dr Kümmel, de Berlin ; *Norman William Kingsley*, de R. Ottolengui.

Nous avons reçu également les comptes rendus du 44e Congrès annuel du Central Verein des chirurgiens-dentistes allemands, tenu à Hanovre du 4 au 6 août dernier.

Nous avons reçu enfin une brochure du Dr Hans Pichler, de Vienne, intitulée : « L'extension pour prévention et les obturations de contour. »

NOUVELLES

A. F. A. S.-Section d'Odontologie.

Les membres de la Section d'Odontologie de l'A. F. A. S. sont informés que ceux d'entre eux qui se considèrent comme candidats aux subventions de l'A. F. A. S. doivent faire valoir leurs titres auprès de l'administration de cette Société dans le plus bref délai.

Société Odontologique suisse.

Le 21e Congrès annuel de la Société odontologique suisse aura lieu à Genève au commencement d'août 1905 en même temps que la session de la F. D. I.

Congrès italien.

Le 4e Congrès de la fédération des médecins-dentistes italiens aura lieu à Milan au mois de septembre 1906.

Le Comité d'organisation a pour président effectif le Dr Coulliaux.

Nomination.

Le Dr Ritter von Wunscheim, professeur de dentisterie à l'Université de Vienne, vient d'être nommé directeur de la section dentaire de la policlinique, en remplacement du professeur de Metnitz, dont il était l'assistant.

Banquet d'étudiants.

Le banquet des étudiants de la Faculté de chirurgie dentaire de l'Université Laval a eu lieu le 16 octobre 1905 sous la présidence de M. Boutin, assisté de notre excellent confrère M. Dubeau.

Les convives étaient très nombreux. Plusieurs toasts ont été prononcés.

Récompense.

L'Académie de Médecine a décerné une médaille de bronze au Dr Lombard, directeur du Cours préparatoire au grade de chirurgien-dentiste.

Nous extrayons avec plaisir du palmarès de la séance solennelle le nom de ce lauréat.

INDEX ALPHABÉTIQUE DES MATIÈRES

2e semestre 1905.

A

Accidents d'éruption dentaire et le terrain (Les), p. 31, 103.
— bucco-dentaires causés par l'acide arsénieux, p. 190.
— dits de dentition (Les), p. 266.
— de la 1re dentition (De la réalité des), p. 445, 462, 520.
Acide arsénieux (Accidents bucco-dentaires causés par l'), p. 190.
— vanillique comme anesthésique local (L), p. 301.
Action mécanique de la mâchoire et ses applications en art dentaire (Considérations sur l'), p. 493, 557.
Adrénaline et l'anesthésie locale à la cocaïne-adrénaline (L), p. 343.
A. F. A. S. (Section d'Odontologie, p. 610.
Air chaud. Injecteur et brûleur de cabinet combinés (Appareil à), p. 438, 465.
Allocution de M. Godon, p. 481.
Alypine (Un nouvel analgésique local, l'), p. 342.
Amalgame par la méthode rotative (Procédé d'obturation à l'). p. 251.
Analgésique local : l'alypine (Un nouvel), p. 342.
Anatomie dentaire et buccale élémentaire (L'enseignement par l'image de l'), p. 63, 142.
Anesthésie en chirurgie dentaire (Sur l'), p. 83.
— générale par le protoxyde d'azote, p. 184.
— locale à la cocaïne adrénaline (L'adrénaline et l'), p. 343.
Anesthésique local (L'acide vanillique comme), p. 301.
Anesthésiques (Porte-capsules-brise-capsules automatique de M. Knowles, pour), p. 24.
Angine d'origine dentaire (L), p. 192.
— de Plaut-Vincent, de la stomacace, de la stomatite gangréneuse idiopathique, du noma, de la stomatite mercurielle gangréneuse et de la gangrène pulmonaire (De l'étiologie de l'), p. 342.
Angines ulcéreuses et les perforations du voile du palais dans la scarlatine (Les), p. 607.
Antre d'Higmore chez les enfants (Empyème de l'), p. 469.
Appareil pour l'extension du maxillaire supérieur, p. 226.
Arcade normale et ses applications à l'orthodontie (Détermination de l'), p. 241.
Art dentaire au Canada (L'), p. 140, 153.
— — (Une unité de mesure adoptée en), p. 188.
— — (Emploi judicieux des ciments comme obturation et moyen de rétention en), p. 201.
— — à la portée du médecin (L'), p. 293.
— — (Le radium en), p. 456.
— — (Considérations sur l'action mécanique de la mâchoire et ses applications), p. 493, 557.
Association française pour l'avancement des sciences. p. 114, 140.
Association générale des dentistes de France, p. 45, 140, 442, 490, 554.
— — — — — Belgique, p. 373, 465.
— — — — du Sud-Est de la France, p. 389.
Atrophie du maxillaire inférieur dans les races civilisées, p. 209.
— de la 3e molaire. (La civilisation considérée comme facteur dans la disparition et l'), p. 239.
Aurification avec l'emploi de l'or et de l'étain (Procédé d), p. 96.
Aux lecteurs, p. 101.
— dentistes belges, p. 349.

B

Bâillon de M. Knowles, p. 23.
Banquet canadien, p. 97.
— d'étudiants, p. 610.
Bec-de-lièvre et de la fissure palatine (Traitement du), p.
Bridge (Moyen de remplacer une dent cassée à un), p. 467.
— démontable. (Présentation d'un cas de), p. 571.
Bridges à barres (Les), p. 273.
Bulletin, p. 50.
Bureau (Renouvellement du), p. 462.

C

Caoutchouc (Encore la maladie du), p. 359.
Carie dentaire (Etiologie de la), p. 157.
— — considérés dans leurs rapports avec la dentisterie opératoire (Les phénomènes de prédisposition et d'immunité dans la), p. 190.
— du 4e degré (Contribution à l'étude du traitement de la), p. 256.
Cavités nasale et buccale dans l'infection par le bacille tuberculeux (Rôle des états inflammatoires des muqueuses et particulièrement des), p. 468.
— buccales (Lampe électrique pour l'éclairage des), p. 579.
Certificat d'études, p. 492.
— — secondaires, p. 296.
Charlatans (Les), p. 283, 325.
Chirurgie dentaire (Cours de), p. 195.
Chirurgien-dentiste (Session d'examens pour le diplôme), p. 344.
— — moderne (Sur le), p. 432.
Chirurgiens-dentistes de la Basse-Bourgogne (Réunion des), p. 295.
Ciments comme obturation et moyen de rétention en art dentaire (Emploi judicieux des), p. 201.
Civilisation considérée comme facteur dans la disparition et l'atrophie de la 3e molaire (La), p. 239.
Cocaïne en art dentaire (La), p. 186.
— (Intoxication par la), p. 382.
Coignard (Jean), p. 199.
Comité de souscription du buste Lecaudey, p. 394.
Concours ouvert par l'Institut de stomatologie de New-York, p. 194.
— à l'Ecole dentaire de Lyon, p. 346.
— — — — — — Paris, p. 579.
Conférence de M. Sebileau, p. 540.
Congrès dentaire de Zurich, p. 36, 79.
— de Cherbourg, p. 41, 82, 114, 377.
— du Central Verein deutscher Zahnärzte, p. 134.
— italien, p. 610.
Correspondance, p. 26, 91, 135, 462.

D

Démonstrations pratiques (Séance de), p. 95, 556.
Dent cassée à un bridge (Moyen de remplacer une), p. 467.
Dentier artificiel (Mort causée par un), p. 97.
Dentistes considérés à un point de vue moral (Des mots improprement employés par les), p. 188.
— de France (Société coopérative des), p. 246.
Dentition (Les accidents dits de), p. 266.
— chez les rachitiques (Contribution à l'étude des retards de la première), p. 294.
— (De la réalité des accidents de la première), p. 445, 462, 520.
Dents (La formation et l'ablation du tartre sur les racines des), p. 5.
— en particulier au moyen du nitrate d'argent (Traitement préventif des), p. 228.
— et les maxillaires (De la disproportion des dimensions relatives qui existent entre les), p. 239.
— (La principale molaire chez l'homme, ses relations et la façon dont elle se comporte avec les autres), p. 240.
— et des ongles (L'étiologie des corrugations des), p. 581.
— par la porcelaine (Etude critique de l'obturation des), p. 607.
Discours de M. Mirman, p. 476.
Disparition de l'atrophie de la 3e molaire (La civilisation considérée comme facteur dans la), p. 239.
Disproportion existant entre les dents et le maxillaire (De la), p. 239.
Distinction honorifique, p. 247, 296.
Distinctions honorifiques, p. 345.
Don au musée, p. 145.

E

Eaux oxygénées (Les), p. 217.
Eclatement par coup de feu de toute une branche montante du maxillaire inférieur, p. 223.
Ecole de chirurgie dentaire de l'Université de Laval, p. 491.
Ecole dentaire de Paris, p. 40, 442, 556, 585.
Ecoles dentaires (La réforme des conditions d'admission dans les), p. 490.
Emploi judicieux des ciments comme obturation et moyen de rétention en art dentaire, p. 201.

Empyème de l'antre d'Higmore chez les enfants (Ostéomyélite du maxillaire supérieur), p. 469.
Enseignement de première année, p. 95.
— par l'image de l'anatomie dentaire et buccale élémentaire (L'), p. 63.
Epithéliomas en surface des muqueuses leucoplasiques (Les), p. 582.
Erosions chimiques des dents, p. 189.
Errata, p. 555.
Erratum, p. 47, 442.
Escroc (Un), p. 48.
Etain (Procédé d'aurification avec l'emploi de l'or et de l'), p. 96.
Etiologie de la carie dentaire, p. 157.
— des corrugations des dents et des ongles (L'), p. 581.
Examens de chirurgien-dentiste, p. 47.
— dentaires en Suisse (Extension du programme des), p. 88.
Exposition internationale de Milan, p. 555.
Exercice illégal de la médecine (Congrès pour la répression de l'), p. 394.
Extraction pour la correction des irrégularités dentaires (Indications de l'), p. 242.

F

Fédération dentaire internationale, p. 45, 130, 146.
— — nationale, p. 128.
Fourneau électrique et appareil électrique pour chauffe-eau, p. 577.
Fracture compliquée du maxillaire inférieur, p. 355.
— de l'angle du maxillaire, p. 385.

G

Girod, p. 346.
Groupement fédéral des syndicats dentaires de France, p. 247, 487.

H

Hémostatique local (Emploi du permanganate de potasse comme), p. 385.
Histoire économique de l'imprimerie, p. 85.
— (Un peu d'), p. 94.
Hygiène dentaire (Vulgarisation de l'), p. 387.

I

Implantation dentaire (Résultats éloignés d'), p. 58, 137.
Index der deutschen zahnärztlichen Literatur, p. 187.
Infection septique d'origine buccale en tant que cause de l'iritis, p. 582.
Infections bucco-dentaires au moyen de l'oxygène gazeux (Traitement des), p. 581.
Injecteur et brûleur de cabinet combinés. Appareil à air chaud, p. 438, 468.
Inlay à bords parallèles, p. 380.
Inlays de porcelaine (Des indications et de la durée comparée des obturations à l'or et des), p. 380.
— (Nouvelle méthode pour former les matrices à), p. 381.
Institut de stomatologie de New-York (Concours ouvert par l'), p. 194.
Intoxication par la cocaïne, p. 382.
— mortelle par le chlorate de potasse à faible dose, p. 583.
— hydrargyrique par obturation, p. 193.
Irritations gingivo-dentaires (Essai sur la répercussion cutanée des), p. 149.

K

Kystes des maxillaires d'origine dentaire (Des), p. 341.

L

Labory (Mme), p. 346.
Lampe électrique pour l'éclairage des cavités buccales, p. 579.
Langue ; considérations sur son histologie pathologique et la technique opératoire de son extirpation (Le cancer de la), p. 244.
— (La radiothérapie dans l'épithélioma de la), p. 244.
— Scrotate (La), p. 244.
— (Abcès chaud de la), p. 383.
Lejars (M.), p. 554.
Livres reçus, p. 87, 609.

M

Mâchoire et ses applications à l'art dentaire (Considérations sur l'action mécanique de la), p. 493, 557.
Mal perforant buccal tabétique (Etude sur le), p. 185.
— — — et maux perforant plantaires tabétiques, p. 384.
Maladie du caoutchouc (Encore la), p. 359.
Mariage, p. 48, 246, 346, 442.
Maxillaire inférieur dans les races civilisées (Atrophie du), p. 209.
— — (Eclatement par coup de feu de toute une branche montante du), p. 223.

— — (Fracture compliquée du), p. 355.
— — (Fracture de l'angle du), p. 385.
— supérieur (Nouvel appareil pour l'extension du), p. 226.
— — (Technique de l'extirpation des tumeurs malignes du), p. 467.
Maxillaires (De la disproportion existant entre les dents et les), p. 239.
— (Tumeurs des), p. 310.
— d'origine dentaire (Des kystes des), p. 341.
Médaille à M. Dubeau (Remise d'une), p. 138.
Médecine (Congrès pour la répression de l'exercice illégal de la) p. 394.
Miller Dental Club (W.-D.), p. 98.
Molaire (La civilisation considérée comme facteur dans la disparition et l'atrophie de la troisième), p. 239.
— chez l'homme, ses relations et la façon dont elle se comporte par rapport aux autres dents (La principale), p. 240.
Mort causée par un dentier artificiel, p. 97.
Mots improprement employés par les dentistes considérés à un point de vue moral, p. 188.
Moyen de remplacer une dent cassée à un bridge, p. 467.
Mutualité (Fête de la), p. 395.

N

Nez artificiel (Trois observations de), p. 241.
Nomination, p. 246, 395, 554, 585, 610.
Nominations, p. 345.

O

Obturation dentaire (Intoxication hydrargyrique par), p. 193.
— et moyen de rétention en art dentaire (Emploi judicieux des ciments comme), p. 201.
— à l'amalgame par la méthode rotative (Procédé d'), p. 251.
— à l'or et des inlays de porcelaine (Des indications et de la durée comparée des), p. 380.
— des dents par la porcelaine (Etude critique de l'), p. 607.
Obturations à la porcelaine (Préparation de cavités pour), p. 381.
Opération de Lamorier-Desault autrefois et aujourd'hui (L.), p. 397.
Or et de l'étain (Procédé d'aurification avec l'emploi de l'), p. 96.
Orthodontie (Les progrès modernes en), p. 166.
— (Détermination de l'arcade normale et ses applications à l'), p. 241.
— au 4e Congrès international (Impressions de la section d'), p. 242.
— (Principes et technique de la rétention en), p. 243.
Ostéomyélite du maxillaire supérieur. Empyème de l'antre d'Higmore chez les enfants, p. 469.

P

Palmarès, p. 550.
Pelade d'origine dentaire (La), p. 191.
Pierre Roy, p. 441.
Porcelaine fusible, p. 379.
— (Etude critique de l'obturation des dents par la), p. 607.
Porte-capsules-brise-capsules automatique de M. Knowles, pour anesthésiques, p. 24.
Préparation de cavités pour obturation, p. 381.
Primo trattato italiano di odontotecnica, p. 86.
Prognathisme inférieur (Du), p. 74.
Progrès modernes en orthodontie (Les), p. 166.
Prothèse nasale (Un cas de), p. 465.
Pseudo-odontalgie d'origine grippale (Note sur une forme particulière de), p. 20, 27.
Pyorrhée alvéolaire, p. 465.
— — (A propos de la), p. 465.

Q

Questions et réponses, p. 49.

R

Racines des dents (La formation et l'ablation du tartre sur les), p. 5.
Radium en art dentaire (Le), p. 456.
Rapport annuel, p. 462, 586.
— de M. Blatter, p. 533.
Rectification, p. 346, 395.
Récompense, p. 610.
Récompenses, p. 345.
Redressement (Présentation d'un enfant porteur d'un nouvel appareil de), p. 138.
Réimplantation (Un cas de traumatisme dentaire avec), p. 570.
Réouverture des cours (Vingt-sixième séance annuelle de), p. 470, 540, 586.
Répercussion cutanée des irritations gingivo-dentaires (Essai sur la), p. 149.
Résultats éloignés d'implantation dentaire, p. 58, 137.
Retards de la première dentition chez les rachitiques (Contribution à l'étude des), p. 294.

Rétention en orthodontie (Principes et technique de la), p. 243.
Réunion de la british dental association à Southport (Compte rendu de la), p. 32.

S

Sclérodermie congénitale généralisée, p. 136, 161.
Sinus maxillaire (Considérations sur le traitement des suppurations chimiques du), p. 84.
Société coopérative des dentistes de France, p. 246, 442.
Société d'odontologie de Paris, p. 135, 393, 492, 556.
— — — de Bourgogne, 580.
— odontologique suisse, p. 610.
Société d'hypnologie et de psychologie, p. 42.
Subvention, p. 556.
Syndicats dentaires de France (Groupement fédéral des), p. 487.

T

Tartre sur les racines des dents (La formation et l'ablation du), p. 5.
Traitement des suppurations chroniques du sinus maxillaire (Considérations sur le), p. 84.
— du 4e degré, p. 144, 256.
— de la pyorrhée alvéolaire, p. 188.
— préventif des dents en particulier au moyen de nitrate d'argent, p. 228.
— mécanique des fissures congénitales de la voûte palatine, p. 361.
— des infections bucco-dentaires au moyen de l'oxygène gazeux, p. 581.
Traumatisme dentaire avec réimplantation (Un cas de), p. 570.
Travail à pont fixe (Le), p. 335.
— de la porcelaine, Bridge-work fixe, p. 343.
Tribunal de Château-Thierry, p. 390.
Tumeurs des maxillaires, p. 310.
— malignes du maxillaire supérieur (Technique de l'extirpation des), p. 467.

U

Unité de mesure adoptée en art dentaire (Une), p. 188.

V

Voile du palais dans la scarlatine (Les angines ulcéreuses et les perforations du), p. 607.
Voûte palatine (Traitement mécanique des fissures congénitales de la), p. 361.

Z

Zona ophtalmique d'origine dentaire, p. 270.

TABLE MÉTHODIQUE DES MATIÈRES

ASSOCIATION FRANÇAISE POUR L'AVANCEMENT DES SCIENCES

Congrès de Cherbourg, p. 114, 146.

ASSOCIATION GÉNÉRALE DES DENTISTES DE FRANCE, p. 145, 442, 491, 555.

BIBLIOGRAPHIE

Considérations sur le traitement des suppurations chroniques du sinus maxillaire, p. 84.
Contribution à l'étude des retards de la première dentition chez les rachitiques, p. 294.
Des kystes des maxillaires d'origine dentaire, p. 341.
Etude sur le mal perforant buccal tabétique, p. 185.
Etude critique de l'obturation des dents par la porcelaine, p. 607.
Histoire économique de l'imprimerie, p. 85.
Index der deutschen zahnärztlichen Literatur, p. 187.
La cocaïne en art dentaire, p. 186.
L'anesthésie générale par le protoxyde d'azote, p. 184.
L'art dentaire à la portée du médecin, p. 293.
Les angines ulcéreuses et les perforations du voile du palais dans la scarlatine, p. 607.
Livres reçus, p. 86, 609.
Primo tratto di odontotecnica, p. 86.
Réunion des chirurgiens-dentistes de la Basse-Bourgogne, p. 295.
Sur l'anesthésie en chirurgie dentaire, p. 83.

BULLETIN

Aux dentistes belges, p. 349.
Bulletin, p. 51.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

Association générale des dentistes de France, p. 45.
— — — — du sud-est de la France, p. 389.
Congrès de Cherbourg, p. 41.
Ecole dentaire de Paris, p. 40.
Extension du programme des examens dentaires en Suisse, p. 88.
Groupement fédéral des syndicats dentaires de France, p. 487.
Fédération dentaire internationale, p. 45.
Vulgarisation de l'hygiène dentaire, p. 387.

CORRESPONDANCE

Lettre de M. Vichot, p. 91.
— — — Bonnard, p. 91.

ÉCOLE DENTAIRE DE PARIS

Allocution de M. Godon, p. 431.
Concours, p. 601.
Conférence de M. Sebileau, p. 540.
Discours de M. Mirman, p. 476.
Divers, p. 556.
L'enseignement par l'image de l'anatomie dentaire et buccale élémentaire, p. 63.
Nomination, p. 585.
Palmarès, p. 550.
Rapport annuel, p. 586.
Vingt-sixième séance annuelle de réouverture des cours, p. 470, 539, 586.

FÉDÉRATION DENTAIRE INTERNATIONALE

Session de Hanovre, p. 130.

FÉDÉRATION DENTAIRE NATIONALE

Séance du bureau, p. 128.

NÉCROLOGIE

Coignard (Jean), p. 199.
Jean-Adolphe Dugit, p. 554.
Girod, p. 346.
Lejars, p. 554.
Mme Labory, p. 346.
Pierre Roy, p. 441.

NOUVELLES

A. F. A. S., p. 146, 610.
Association générale des dentistes de France, p. 146, 442, 491, 555.
Banquet canadien, p. 97.
— d'étudiants, p. 610.
Certificat d'études secondaires, p. 296.
— — , p. 492.
Comité de souscription du buste Lecaudey, p. 394.

Concours à l'Ecole dentaire de Lyon, p. 346.
Congrès pour la répression de l'exercice illégal de la médecine, p. 394.
— italien, p. 610.
Cours de chirurgie dentaire, p. 195.
Distinction honorifique, p. 247, 296.
Distinctions honorifiques, p. 345.
Ecole de chirurgie dentaire de l'Université Laval, p. 491.
Ecole dentaire de Paris, p. 442, 556.
Errata, p. 555.
Erratum, p. 47, 442.
Examens de chirurgien-dentiste, p. 47.
Exposition internationale de Milan, p. 555.
Fête de la Mutualité, p. 395.
F. D. I., p. 146.
Groupement fédéral des syndicats dentaires, p. 247.
La réforme des conditions d'admission dans les écoles dentaires, p. 490.
Mariage, p. 48, 246, 346, 442.
Mort causée par un dentier artificiel, p. 97.
Nomination, p. 246, 345, 395, 610.
Nominations, p. 555.
Rectification, p. 346, 395.
Récompense, p. 610.
Récompenses, p. 345.
Session d'examens pour le diplôme de chirurgien-dentiste, p. 344.
Société coopérative des dentistes de France, p. 246, 442.
Société d'hypnologie et de psychologie, p. 47.
— d'odontologie de Paris, p. 96, 393, 492, 556.
— odontologique suisse, p. 610.
Subvention, p. 556.
Un escroc, p. 48.
W. D. Miller Dental Club, p. 98.

PROCÉDÉS ET PERFECTIONNEMENTS

Appareil à air chaud. Injecteur et brûleur de cabinet combinés, p. 438.
Baillon de M. Knowles, p. 23.
Nouvel appareil pour l'extension du maxillaire supérieur, p. 226.
Porte-capsules-brise-capsules automatique de M. Knowles, pour anesthésiques, p. 24.

RÉUNIONS ET CONGRÈS

Association générale des dentistes de Belgique, p. 373.
Congrès dentaire de Zurich, p. 36, 79.
— de Cherbourg, p. 82, 114, 377.
Congrès du Central Verein deutscher Zahnärzte, p. 134.

REVUE ANALYTIQUE

Accidents bucco-dentaires causés par l'acide arsénieux, p. 190.
Adrénaline et l'anesthésie locale à la cocaïne-adrénaline, p. 343.
A propos de la pyorrhée alvéolaire, p. 466.
De la disproportion des dimensions relatives qui existent entre les dents et les maxillaires ; étude d'anatomie comparée, p. 239.
De l'étiologie et de la pathogénie de l'angine de Plaut-Vincent, de la stomacace, de la stomatite gangréneuse idiopathique, du noma, de la stomatite mercurielle gangréneuse et de la gangrène pulmonaire, p. 342.
Des indications de l'extraction pour la correction des irrégularités dentaires, p. 242.
Des indications et de la durée comparée des obturations à l'or et des inlays de porcelaine, p. 380.
Des mots improprement employés par les dentistes considérés à un point de vue moral, p. 188.
Détermination de l'arcade normale et ses applications à l'orthodontie, p. 241.
Du traitement des infections bucco-dentaires au moyen de l'oxygène gazeux, p. 581.
Emploi du permanganate de potasse comme hémostatique local, p. 386.
Erosions chimiques des dents, p. 189.
Fracture de l'angle du maxillaire inférieur. Suture osseuse « restitutio ad integrum », p. 385.
Impressions de la section d'orthodontie au 4e Congrès international, p. 242.
Infection septique d'angine buccale en tant que cause de l'iritis, p. 582.
Inlay à bords parallèles, p. 380.
Intoxication hydrargyrique par obturation dentaire, p. 193.
— mortelle par le chlorate de potasse à faible dose, p. 583.
L'abcès chaud de la langue, p. 383.
La civilisation considérée comme facteur dans la disparition et l'atrophie de la troisième molaire, p. 239.
La langue scrotale, p. 244.
La pelade d'origine dentaire, p. 191.
La principale molaire chez l'homme, ses relations et la façon dont elle se comporte par rapport aux autres dents, p. 240.
La radiothérapie dans l'épithélioma de la langue, p. 244.
Le cancer de la langue ; considérations sur son histologie pathologique et la

technique opératoire de son extirpation, p. 244.
L'EMPYÈME de l'antre d'Higmore chez les enfants, p. 469.
LES épithéliomas en surface des muqueuses leucoplasiques, p. 582.
LES phénomènes de prédisposition et d'immunité dans la carie dentaire considérés dans leurs rapports avec la dentisterie opératoire, p. 190.
L'ÉTIOLOGIE des corrugations des dents et des ongles, p. 581.
L'INTOXICATION par la cocaïne, p. 382.
MAL perforant buccal et maux perforants plantaires tabétiques, p. 384.
MOYEN de remplacer une dent cassée à un bridge, p. 467.
NOUVELLE méthode pour former les matrices à inlays, p. 381.
PORCELAINE fusible, p. 379.
PRÉPARATION de cavités pour obturations à la porcelaine, p. 381.
PRINCIPES et technique de la rétention en orthodontie, p. 243.
PYORRHÉE alvéolaire, p. 466.
RÔLE des états inflammatoires des muqueuses et particulièrement des cavités nasale et buccale dans l'infection par le bacille tuberculeux, p. 468.
SUR l'angine d'origine dentaire, p. 192.
TECHNIQUE de l'extirpation des tumeurs malignes du maxillaire supérieur, p. 467.
TRAITEMENT de la pyorrhée alvéolaire, p. 189.
TRAITEMENT du bec-de-lièvre de la fissure palatine, p. 468.
TRAVAIL de la porcelaine. Bridge-word fixe, p. 343.
TROIS observations de nez artificiel, p. 241.
UN nouvel analgésique local : l'alypine, p. 342.
UNE unité de mesure adoptée en art dentaire, p. 188.

REVUE DE L'ÉTRANGER

LE travail à pont fixe, p. 335.
TRAITEMENT préventif des dents, en particulier au moyen du nitrate d'argent, p. 228.
LES progrès modernes en orthodontie, p. 166.
TRAITEMENT mécanique des fissures congénitales de la voûte palatine, p. 361.

SOCIÉTÉ D'ODONTOLOGIE DE PARIS

RAPPORT de M. Blatter, p. 533.

Séance du 4 avril 1905.

I. Un cas de traumatisme dentaire avec réimplantation, p. 570.
II. Présentation d'un cas de bridge démontable, p. 571.
III. Présentation d'un fourneau électrique et d'un appareil électrique pour chauffe-eau, p. 577.
IV. Présentation d'une lampe électrique pour l'éclairage des cavités buccales, p. 579.

Séance du 6 juin 1905.

I. Correspondance, p. 26.
II. Note sur une forme particulière d'odontologie d'origine grippale, p. 27.
III. Les accidents d'éruption dentaire et le terrain.
IV. Compte rendu de la réunion de la British Dental Association à Southport, p. 32.

Réunion extraordinaire du 11 juillet 1905.

I. Séance de démonstrations pratiques du matin, p. 96.
II. Séance du soir, p. 97.

Séance du 11 juillet 1905.

I. Correspondance, p. 135.
II. Sclérodermie congénitale généralisée, p. 136.
III. Implantation dentaire, p. 137.
IV. Présentation d'un enfant porteur d'un appareil de redressement, p. 138.
V. Remise d'une médaille à M. Dubeau, p. 138.
VI. L'art dentaire au Canada, p. 140.
VII. Enseignement de l'anatomie du dessin aux élèves de 1re année, p. 142.
VIII. Traitement du 4e degré, p. 144.
IX. Don au musée, p. 145.

Séance du 17 octobre 1905.

I. Procès-verbal et correspondance, p. 462.
II. Rapport annuel, p. 462.
III. Renouvellement du bureau, p. 462.
IV. De la réalité des accidents de première dentition, p. 462.
V. Réunion de l'Association générale des dentistes de Belgique, p. 465.
VI. Un cas de prothèse nasale, p. 465.
VII. Appareil à air chaud, p. 465.

Séance du 21 novembre 1905, p. 492.

Séance du 3 décembre 1905, p. 555.

Séance du 5 décembre 1905, p. 556.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Du prognathisme inférieur, p. 74.
Société d'Odontologie de Bourgogne, p. 580.

TRAVAUX ORIGINAUX

Atrophie du maxillaire inférieur dans les races civilisées, p. 209.
Considérations sur l'action mécanique de la mâchoire et ses applications à l'art dentaire, p. 493, 557.
Contribution à l'étude du traitement de la carie du 4e degré, p. 256.
De la réalité des accidents de la première dentition, p. 445, 520.
De l'emploi judicieux des ciments comme obturation et moyen de rétention en art dentaire, p. 201.
Eclatement par coup de feu de toute la branche montante du maxillaire inférieur, p. 223.
Encore la « maladie du caoutchouc », p. 359.
Essai sur la répercussion cutanée des irritations gingivo-dentaires, p. 149.
Etiologie de la carie dentaire à Montpellier, p. 157.
Fracture compliquée du maxillaire inférieur. Application d'un appareil prothétique. Guérison, p. 355.
L'acide vanillique comme anesthésique local, p. 301.
La formation et l'ablation du tartre sur les racines des dents, p. 5.
L'art dentaire au Canada, p. 153.
Le radium en art dentaire, p. 456.
L'opération de Lamorier-Desault autrefois et aujourd'hui, p. 397.
Les accidents dits de dentition, p. 266.
Les accidents d'éruption dentaire et le terrain, p. 103.
Les bridges à barres, p. 273.
Les charlatans, p. 283, 325.
Les eaux oxygénées, p. 217.
Note sur une forme particulière de pseudo-odontalgie d'origine grippale. p. 20.
Procédé d'obturation à l'amalgame par la méthode rotative, p. 251.
Résultats éloignés d'implantations dentaires, p. 58.
Sclérodermie congénitale généralisée, p. 161.
Sur le chirurgien-dentiste moderne, p. 432.
Tumeurs des maxillaires, p. 310.
Zona ophtalmique d'origine dentaire, p. 279.

TRIBUNE OUVERTE

Questions et réponses, p. 49.

VARIA

Un peu d'histoire, p. 94.

NOMS D'AUTEURS

Amoedo, p. 58, 310.
Audy, p. 301.
Blatter, p. 114, 135, 251, 355, 533.
Brodhurst, p. 201.
Chateau, p. 283, 325.
Creuzet p. 157.
Darcissac, p. 220.
Delair, p. 432.
Dreyfus, p. 85, 184, 186, 191, 244, 341, 342, 382, 441, 467, 581.
Dubeau, p. 153.
Dupré, p. 355.
Foveau de Courmelles, p. 456.
Frey, p. 84, 103, 223, 377.
Godon, p. 130, 481, 487, 493, 557.
Heïdé p. 134.
Hugot, p. 256.
Jacquet, p. 149, 279.
Kirk, p. 5.
Knowles, p. 23, 24.
Lemerle (G.), p. 188, 239, 379, 466, 607.
Loriot, p. 161.
Mahé, p. 63.
Masson, p. 273.
Miégeville, p. 217.
Miller (Prof.), p. 228.
Mirman, p. 476.
Poteau, p. 438.
Roy, p. 51, 266, 293, 349, 373, 490.
Sauvez, p. 585, 586.
Sebileau (Prof.), p. 397, 540.
Theuveny, p. 445, 520.
Thioly-Regard, p. 36, 70.
Worms, p. 92.
Tzanck (Mlle), p. 200.

EN VENTE
Aux bureaux de *L'Odontologie:*

RÉUNIONS NATIONALES

COMPTES RENDUS

1er Congrès Dentaire National
BORDEAUX 1895
1 vol. br. 3 fr. (port en sus 0 fr. 50).

2e CONGRÈS DENTAIRE NATIONAL
NANCY 1896
1 vol. br. 4 fr. (port en sus 0 fr. 50).

3e CONGRÈS DENTAIRE NATIONAL
PARIS 1897
1 vol. broché, illustré de 28 gravures intercalées dans le texte et de 9 planches tirées hors texte. Prix 4 fr. (port en sus 0,45).

4e Congrès Dentaire National
LYON 1898
1 vol. br. 3 fr. (port en sus 0 fr. 75).

5e Réunion Dentaire Nationale
CONGRÈS D'AJACCIO (AFAS. 1901)
1 vol. 144 p. br. 2 fr. (port en sus 0 fr. 20)

6e Réunion Dentaire Nationale
CONGRÈS DE MONTAUBAN (AFAS. 1902)
1 vol. 170 p. br. 2 fr. 50 (port en sus 0 fr. 25)

7e Réunion Dentaire Nationale
CONGRÈS D'ANGERS (AFAS. 1903)
1 vol. 190 p. br. 2 fr. 50 (port en sus 0 fr. 30)

Fédération Dentaire Nationale

COMPTES RENDUS

N° 1. PARIS et AJACCIO 1901
1 br. 44 p. 1 fr. 50 (port en sus 0 fr. 10)

N° 2. PARIS, avril 1902
1 vol. 126 p. 2 fr. (port en sus 0 fr. 20)

N° 3. MONTAUBAN, août 1902
1 br. 64 p. 1 fr. 50 (port en sus 0 fr. 10)

N° 4. PARIS, avril 1903
1 br. 40 p. 1 fr. (port en sus 0 fr. 10)

EN VENTE
Aux bureaux de *L'Odontologie*

XIVe Congrès International de Médecine
Section d'Odontologie
MADRID 1903
Comptes rendus par **Paul MARTINIER**
1 vol. illust. 124 p. 3 fr. (*port en sus* 0 fr. 20)

L'A B C des couronnes et des bridges
PAR
Fred. A. PEESO, D. D. S., de Philadelphie

Extrait et traduit du *Dental Cosmos*
Par **Marg. GODON**
Brochure 64 p. avec 45 fig.; En vente chez les Fournisseurs. Prix 2 fr. 50.

EN VENTE
Aux Bureaux de *L'Odontologie*:

COMPTES RENDUS DU
1er Congrès Dentaire International
PARIS 1889
1 vol. broché 3 fr. (port en sus 0,75).

LES COMPTES RENDUS
DU
3e Congrès Dentaire International
Forment 4 gros volumes illustrés
(48 fr., port en sus)

Envoyer les **souscriptions** à
M. VIAU, trésorier.
47, boulevard Haussmann, PARIS

EN VENTE
Aux bureaux de *L'Odontologie*

Fédération Dentaire Internationale

COMPTES RENDUS

N° 1. Paris, Londres-Cambridge 1900-1901
1 vol. 120 p. 3 fr. (port en sus 0 fr. 25)

N° 2. STOCKHOLM 1902
1 vol. 400 p. 4 fr. (port en sus 0 fr. 50)

N° 3. MADRID 1903
1 vol. 182 p. 3 fr. (port en sus 0 fr. 30)

Manuel du Chirurgien-Dentiste
Publié sous la direction du Dr CH. GODON
DIRECTEUR DE L'ÉCOLE DENTAIRE DE PARIS

I. Notions générales d'anatomie, d'histologie et de physiologie, par le Dr Paul Marie, 322 p.
II. Notions générales de pathologie, par le Dr Aug. Marie, 272 p.
III. Anatomie et Physiologie de la bouche et des dents, par le Dr E. Sauvez et MM. Wicart et G. Lemerle, *2e édition*, 314 p., 158 fig.
IV. Pathologie des dents et de la bouche, par le Dr Léon Frey et G. Lemerle, *2e édition*, 315 p., 35 fig.
V. Thérapeutique de la bouche et des dents, *hygiène buccale et anesthésie dentaire*, par le Dr M. Roy, *2e édition*, 315 p.
VI. Clinique des maladies de la bouche et des dents, par les Drs Ch. Godon et E. Friteau, *2e édition*, 276 p., 2 fig.
VII. Dentisterie opératoire, par le Dr Ch. Godon, *2e édition*.
VIII. Clinique de prothèse. *prothèse dentaire, prothèse orthopédique*, ou *orthodontie*, par P. Martinier, *2e édition*, 320 p. 50 fig.
IX. Clinique de prothèse chirurgicale et restauratrice des maxillaires, par P. Martinier, *2e édition*.

Librairie J.-B. BAILLIÈRE & Fils
19, rue Hautefeuille, PARIS