

Bibliothèque numérique

medic@

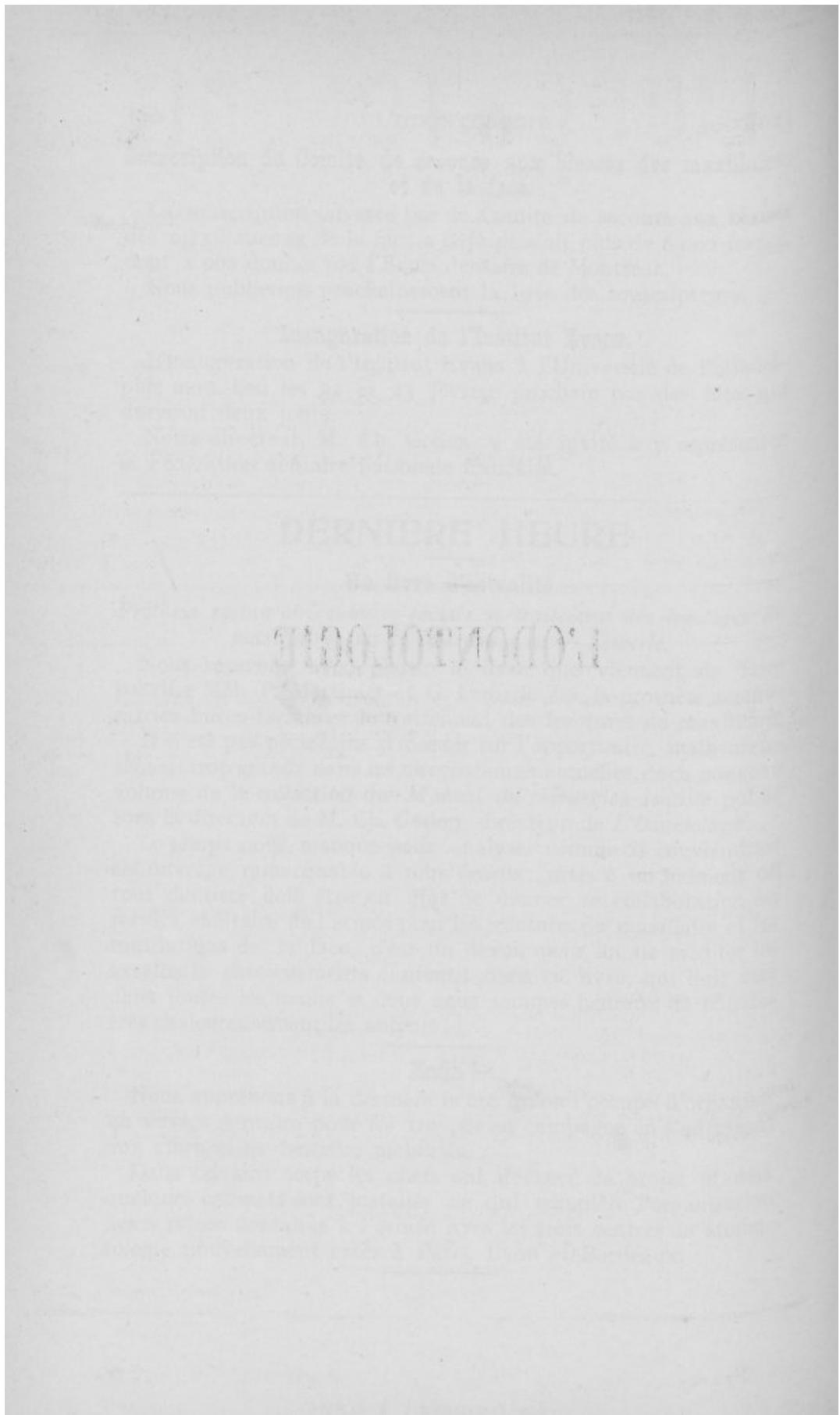
L'Odontologie

tome 53. - Paris, 1915.

Cote : PF92

L'ODONTOLOGIE





L'ODONTOLOGIE

PARAISANT LE 15 ET LE 30 DE CHAQUE MOIS

ORGANE DE L'ASSOCIATION GÉNÉRALE SYNDICALE DES DENTISTES DE FRANCE
 ET DU GROUPEMENT DE L'ÉCOLE DENTAIRE DE PARIS
 (SOCIÉTÉ DE L'ÉCOLE ET DU DISPENSAIRE DENTAIRES DE PARIS,
 SOCIÉTÉ D'ODONTOLOGIE DE PARIS)

Dirigée de 1881 à 1896 par Paul Dubois

DIRECTEUR : CH. GODON,

Président-directeur de l'École dentaire de Paris.

RÉDACTEUR EN CHEF : MAURICE ROY,

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

Secrétaire de la Rédaction :

HENRI DREYFUS,

Professeur suppléant à l'École dentaire de Paris.

Administrateur-Gérant :

V. E. MIÉGEVILLE,

Chef de clinique à l'École dentaire de Paris.

35^e année. — 1^{er} SEMESTRE 1915 — Vol. LIII.

Comité de Rédaction et d'Administration :

BLATTER, professeur à l'École dentaire de Paris.

R. LEMIÈRE, professeur sup. à l'École dent. de Paris.

J. D'ARGENT, professeur à l'École dentaire de Paris.

G. ROBIN, professeur à l'École dentaire de Paris.

FREY, prof. à l'École dentaire de Paris, dentiste des hôpitaux.

G. VILLAIN, professeur à l'École dentaire de Paris.

G. LEMERLE, professeur à l'École dentaire de Paris.

H. VILLAIN, professeur sup. à l'École dentaire de Paris

Principaux Collaborateurs :

Paris :

J.-A. Barrié, Choquet, I.-D. Davenport, M. Ducuing, Heiddé,
 Georges Lemerle, Mendel-Joseph, Pailliottin, Rounet, Sauvez, Touvet-Fanton,
 Vanel, G. Viau.

Bordeaux : M. Cavalié. Lyon : Pont, J. Tellier, Vichot. Le Mans : Monnin.

Angleterre : Gunningham (Cambridge), Guy (Edimbourg), Paterson (Londres).

Belgique : Messian (Anvers), Quintin (Bruxelles).

Brésil : Chapot-Prévost, (Rio de Janeiro).

Canada : Eudore Dubeau (Montréal). — Chili : Valenzuela (Santiago).

Danemark : Christensen (Copenhague).

Espagne : F. Aguilar (Madrid), Damians (Barcelone), Losada (Madrid).

Etats-Unis d'Amérique : Brophy (Chicago), Kirk (Philadelphie),

Ottofy (Manille), Wallace-Walker (New-York). — Hollande : Grevers (Amsterdam).

Italie : Guerini (Naples). — Mexique : Rojo (Mexico). — Monaco : Décolland (Monte-Carlo).

Norvège : Smith-Housken (Christiania). — République Argentine : Etchepareborda (Buenos-Ayres).

Suède : E. Förberg, Lenhardtson (Stockholm). — Suisse : P. Guye, R. Jaccard,

Thioly-Regard (Genève).

RÉDACTION ET ADMINISTRATION

▲ L'ÉCOLE DENTAIRE DE PARIS

45, RUE DE LA TOUR-D'AUVERGNE

PARIS-IX^e

Téléphone : Central 23.04

ABONNEMENT :

FRANCE,....., 10 fr. | UNION POSTALE....., 42 fr.

Le Numéro : 1 franc.

L'ODONTOLOGIE

TRAVAUX ORIGINAUX

APPAREILS NÉCESSITANT LA PRISE D'UNE EMPREINTE ET CONFECTIÖNNÉS SUR UN MOULAGE CORRIGÉ

Par M.M. P. MARTINIER et G. LEMERLE,

Professeurs à l'Ecole dentaire de Paris.

La prise préalable d'un moulage des arcades dentaires pour la confection d'un appareil de contention constitue un progrès considérable. Ce principe est commun à tous les appareils modernes de conception très différente, à simple double attelle. Nous allons donc l'étudier avant de passer à la description de ces derniers.

PRISE DE L'EMPREINTE. — Elle est basée sur les mêmes règles que la prise d'empreinte ordinaire. Les difficultés sont cependant plus grandes et résultent de la douleur causée au malade par les manœuvres de l'opération et par la difficulté plus ou moins grande qu'éprouve le patient à ouvrir largement la bouche, la constriction des mâchoires accompagnant presque toujours les fractures du maxillaire inférieur, au moins pendant les quelques jours qui suivent le traumatisme.

La cire, le godiva, le plâtre peuvent être employés; si l'on choisit ce dernier, on devra l'introduire exactement au moment voulu, quelques secondes avant la prise, pour

1. Nous empruntons ces pages au livre très intéressant et nouvellement paru intitulé : *Prothèse restauratrice bucco-faciale et traitement des fractures du maxillaire*, édité par J.-B. Baillière et fils, que nous avons annoncé dans notre dernier numéro.

éviter le mélange avec la salive, toujours très abondante dans ce cas, ce qui pourrait lui faire perdre ses qualités de finesse. Le godiva lui est préférable en cette circonstance à cause de la douleur que produit le plâtre lorsqu'il a durci et que l'on sépare la substance des parties à mouler. L'empreinte, sauf dans quelques cas rares, très difficiles, où l'on devra procéder par moulages partiels, sera prise en une seule fois ; elle devra surtout être complète¹.

On ne tiendra aucun compte du déplacement des fragments, quel qu'il soit, car ce déplacement n'a aucune importance, étant donné la réduction sur le modèle².

Pendant l'opération de la prise de l'empreinte, un aide soutient le menton, afin d'atténuer la douleur causée par le déplacement des fragments sur lesquels on exerce la pression nécessaire.

L'empreinte des deux mâchoires est indispensable pour pratiquer les deux opérations suivantes :

RÉDUCTION DE LA FRACTURE SUR LE MODÈLE ET RECONSTITUTION DU MODÈLE. — Les empreintes coulées, les modèles dépouillés, on doit d'abord procéder à la réduction de la fracture sur le modèle qui représente à ce moment la mâchoire avec des fragments déplacés.

On sectionne, à l'aide de la scie, le modèle au niveau de la fracture. La section sera considérablement élargie à sa base, c'est-à-dire à la partie correspondant au plancher de la bouche, afin de n'être pas gêné ensuite pour la captation des fragments ; puis on présente le fragment le plus important au maxillaire supérieur, en cherchant l'articulation exacte de ce fragment. L'usure des dents produite par les points de contact, celle produite par le tuyau de la pipe chez les fumeurs, sont des indices qui aident à trouver l'articulation ; dans les cas difficiles, on examine très soigneusement les dents en plâtre pour y trouver des traces d'usure qui, si faibles soient-elles, sont de précieuses indications.

Lorsque l'articulation du premier fragment est repérée,

1. Cl. MARTIN, *Rev. de chir.*, 1887, t. VII, n° 11.

2. P. Dubois, *Odontologie*, juin 1894, p. 325.

on fixe, à l'aide de cire fondu, les modèles entre eux, dans leurs rapports respectifs, puis on recommence la même opération pour l'autre fragment; celui-ci mis en place et collé, il ne reste plus qu'à couler du plâtre dans la solution de continuité qui sépare les fragments du maxillaire inférieur; ce plâtre sert également à la reconstitution et à la consolidation du modèle en réunissant intimement ses fragments. Le modèle est ensuite réparé, l'excès de plâtre qui a pu déborder sur le maxillaire, dans le voisinage de la fracture, enlevé, et la surface nivelée.

On possède alors un modèle réduit, c'est-à-dire le mouillage exact de la bouche avant la fracture. La construction d'un appareil pour fracture a comme particularité l'impossibilité d'essayer l'appareil avant de le poser. Il est donc nécessaire de s'entourer de précautions minutieuses pour que celui-ci puisse prendre contact avec les parties sur lesquelles il doit reposer sans les léser, et aussi pour qu'il s'y adapte aussi exactement que possible.

PRÉPARATION DU MODÈLE. — Le meilleur moyen pour réunir ces conditions est de procéder à la *préparation du modèle*, une fois la fracture réduite, sur celui-ci. Cette préparation consiste dans *l'exagération du volume des tubercules de toutes les dents, ainsi que des parties en saillie sur lesquelles l'appareil doit reposer*. Elle se fait soit à l'aide de plâtre liquide, soit à l'aide de gouttelettes de cire fondu. Seuls, les espaces interstitiels devront être respectés de façon à assurer une certaine rétention à l'appareil, tout en permettant son placement facile. Cette préparation est indispensable aux appareils à gouttière, qu'ils soient construits en métal ou en caoutchouc. C'est sur ce modèle que l'on procède à la combinaison et à la confection de l'appareil contentif.

Dans le cas où il ne reste plus de dents à la mâchoire supérieure ou si le nombre de ces dents est insuffisant pour reconstituer l'articulation, l'opération est simplifiée en ce sens qu'il suffit de réduire la fracture de manière à donner au maxillaire à peu près exactement la forme qu'il avait

auparavant, sans s'occuper de ses rapports, puisque ceux-ci n'existent plus.

APPAREILS COMPOSÉS D'UNE DOUBLE ATTELLE DENTAIRE ET MENTONNIÈRE.

Appareil de Bullock. — C'est une attelle en caoutchouc vulcanisé moulée sur les dents qui la traversent en partie, de façon qu'elles puissent s'articuler avec les dents supérieures. Sur les côtés de la gouttière dentaire sont fixées deux tiges métalliques sortant de la bouche près des commissures, se recourbant en bas et se terminant par des anneaux qui servent à les fixer à une attelle mentonnière à l'aide d'un lacet (Nux).

*Appareil de Kingsley*¹. — Peu connu en France, cet appareil a été cependant utilisé par Cl. Martin et par plusieurs autres. Mahé s'en est fait le chaleureux défenseur et en a discuté les avantages dans sa thèse consacrée à l'étude critique du traitement des fractures du maxillaire inférieur².

L'appareil de Kingsley se compose d'une gouttière buccale en caoutchouc vulcanisé, emboitant exactement les dents et constituant l'attelle interne. Deux prolongements, formés de fil d'acier, fixés à la partie antérieure de l'appareil, au niveau de la canine, servent de moyens de contention. En effet, ces prolongements sont recourbés en arrière un peu en avant des commissures et se dirigent horizontalement jusqu'à l'angle mandibulaire, parallèlement aux joues. La gouttière étant construite d'après un moulage de l'arcade dentaire reproduisant la fracture réduite, lorsqu'on la met en place les déviations des fragments se trouvent corrigées.

1. KINGSLEY, Treatise of oral deformities, 1882.

Voir également HAMILTON, Traité pratique des fractures et des luxations, traduct. Poinsot, 1884, p. 135.

2. G. MAHÉ, Essai critique sur le traitement de la fracture du maxillaire inférieur. Thèse, Paris, 1900.

Voir également du même auteur: De l'appareil de Kingsley pour le traitement de la fracture du maxillaire inférieur. *Revue de chirurgie*, 1897, et note sur un cas de fracture compliquée du maxillaire inférieur, traité par l'appareil de Kingsley (*Rev. de chir.*, 1899.)

Il ne reste plus qu'à maintenir l'appareil en prenant un point d'appui sur le menton, à l'aide d'un pansement sous-



Fig. 133. — Appareil de Kingsley.

mentonnier réunissant les deux prolongements jugaux de la gouttière.

Ce pansement s'exécute à l'aide d'une bande de toile, ou mieux de tissu élastique, fixée à chaque extrémité des prolongements métalliques et maintenant le menton.

D'après Kingsley il est préférable d'interposer sous ce bandage une véritable attelle constituée par une planchette triangulaire, échancree en arrière pour le cou, arrondie en avant pour le menton, et dépassant légèrement les mâchoires sur les côtés.

Pour les fractures à médiocre déplacement, il peut être inutile de conserver l'attelle externe jusqu'à la fin de la consolidation, le port de l'attelle interne suffisant après quelques semaines. Dans ce cas, Kingsley, perfectionnant son appareil, emploie des prolongements métalliques amovibles. Il suffit pour les rendre tels, au lieu de noyer l'extrémité des fils d'acier dans la masse de caoutchouc vulcanisé, de donner à ces mêmes extrémités une section rectangulaire grâce à laquelle ils viennent s'ajuster dans une coulisse métallique insérée de part et d'autre dans la gouttière au niveau des commissures. Ainsi modifié, l'appareil peut servir d'attelle double au début, et d'attelle simple à la fin du traitement. Jusqu'à ces dernières années, cet appareil de-

venu classique aux Etats-Unis y a été employé sous cette forme¹.

A son apparition, en 1882, l'appareil de Kingsley a constitué un immense progrès et, pendant de longues années, il a rendu d'excellents services. Mais il n'est pas applicable à tous les cas de fracture et présente des inconvénients qui lui sont d'ailleurs communs avec tous les appareils à double attelle.

Nous nous proposons de les discuter plus loin lorsque nous aurons examiné l'ensemble de ces derniers.

Appareil de Cl. Martin. — Il est composé d'une pièce buccale et d'une pièce mentonnière réunies par un ressort de fixation.

1^o *Pièce buccale.* — Elle est constituée par une double

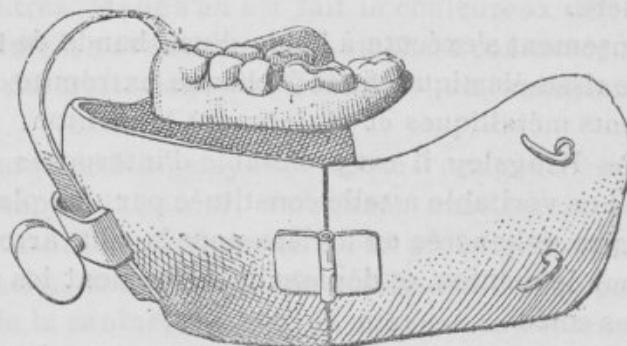


Fig. 134. — Appareil Martin à gouttières.

gouttière en tôle d'acier qui présente sur le caoutchouc l'avantage d'être beaucoup plus résistante. La tôle d'acier permet d'obtenir une pièce très mince (trois dixièmes de millimètre). Cette épaisseur est si faible que, pour faciliter l'introduction et l'enlèvement de l'appareil, Martin utilise deux gouttières s'emboîtant exactement ; la plus superficielle porte seule le ressort contentif. Cette double gouttière, soigneusement étamée pour éviter l'oxydation, ne doit pas

1. MORIORTY, *Boston medic. and Surg. Journal*, 1897, p. 509.

descendre au-dessous du niveau du collet des dents. Elle est percée de trous sur sa face supérieure aux points correspondants aux tubercules dentaires. Ces trous diminuant l'épaisseur de la face triturante évitent la surélévation de l'articulation ; ils permettent en outre à un fort courant d'eau de pénétrer entre la gouttière et les dents et d'entraîner le pus ou les aliments qui auraient pu s'y glisser.

La gouttière comprend toute l'arcade dentaire et Martin insiste sur ce point : « Un principe doit être admis, dit-il, dans le traitement des fractures du maxillaire, à savoir que, quelle que soit la fracture, la partie buccale de l'appareil doit prendre son point d'appui sur l'arcade dentaire tout entière ¹ ».

2^o Moyen de fixation de la gouttière buccale. — Il constitue certainement le point le plus intéressant de l'appareil de Martin ². On sait que, dans les fractures du maxillaire intéressant la région latérale du corps de l'os, il se produit un déplacement constant des fragments sollicités en sens contraire par les muscles insérés à leur niveau.

Le fragment antérieur se porte en-dedans, en arrière et en bas, le fragment postérieur se porte surtout en haut. Pour réduire la fracture et la maintenir réduite, il faut donc que le fragment antérieur soit relevé, et le fragment postérieur abaissé.

Ce dernier mouvement d'abaissement est d'autant plus difficile à obtenir que le trait de fracture siège plus en arrière et la plupart des appareils à double attelle agissent bien sur le fragment antérieur, mais mal sur le fragment postérieur, car le point d'appui de l'attelle externe, au niveau du menton, se trouve placé trop en avant par rapport au fragment postérieur. Il en résulte que la portion la plus reculée de la gouttière s'applique moins étroitement sur les dents que la portion antérieure, alors que l'inverse serait plutôt nécessaire. C'est le reproche que l'on peut faire à l'ap-

1. CL. MARTIN, Du traitement des fractures du maxillaire inférieur par un nouvel appareil. Paris, 1887 (Alcan, éd.), p. 10.

2. CL. MARTIN, *Ibid.*, p. 42.

pareil de Houzelot et à ses dérivés ; c'est également celui que l'on peut adresser, quoique à un moindre degré, à celui de Kingsley ; dans certains cas de fracture siégeant très en arrière, ils donnent de mauvais résultats, car ils n'arrivent qu'imparfaitement à obtenir l'abaissement du fragment postérieur. On peut dire que tout le secret de la difficulté du traitement des fractures du maxillaire tient dans cette formule : *abaisser le fragment postérieur et maintenir cet abaissement*. Tous les autres déplacements sont faciles à corriger.

Pour obtenir l'abaissement du fragment postérieur, Cl. Martin se sert d'un ressort unique, médian, en acier, fixé sur la partie moyenne de la gouttière. A l'état de repos, l'extrémité libre de ce ressort fait saillie entre les branches de la gouttière. Lorsqu'il est tendu et fixé par son extrémité libre sous le menton, il applique la gouttière sur l'arcade qu'elle recouvre, mais son effet tend particulièrement à se faire sentir sur la partie la plus reculée de la gouttière, dans la région précisément où il convient de pratiquer une pression énergique pour obtenir l'abaissement du fragment postérieur. D'autre part, la contre-pression du ressort sous le menton tend à éléver le fragment antérieur abaissé. La figure ci-jointe, empruntée à Martin, démontre clairement l'action de ce ressort si ingénieusement disposé (fig. 134).

3^e *Attelle sous-mentonnaire*. — Egalement métallique, elle est formée de trois pièces qui épousent la convexité du menton et du rebord inférieur sous-maxillaire. Une pièce médiane, très étroite, s'applique au niveau de la symphyse. Elle porte près de son bord postérieur une coulisse où vient s'engager l'extrémité libre du ressort médian qui s'y trouve fixé par une vis de pression. Latéralement cette pièce centrale s'articule par des charnières avec deux prolongements qui s'étendent assez en arrière non loin de l'angle maxillaire et qui embrassent dans leur concavité la plus grande partie du rebord mandibulaire.

Près de leur extrémité ces ailes latérales portent des

crochets permettant d'y fixer des lacs et de transformer en même temps cette attelle externe en une véritable fronde prenant point d'appui sur le crâne.

Martin a divisé ainsi sa mentonnière en trois pièces articulées pour faciliter les soins de propreté à son niveau.

Cet appareil se met en place de la façon suivante : la première gouttière est appliquée sur l'arcade dentaire et, lorsque toutes les dents s'y trouvent exactement emboitées, la fracture se trouve exactement réduite. La seconde gouttière portant le ressort de contention est alors placée par-dessus la première. L'extrémité du ressort est glissée dans la coulisse de la mentonnière et fixée par quelques tours de vis. Garnis de compresses de gaze sur toute son étendue, la mentonnière est assujettie solidement et ses ailerons latéraux sont maintenus relevés par des bandes de caoutchouc attachées aux petits crochets qui garnissent leurs extrémités. Ces bandes élastiques passent sur le sommet de la tête, et, ainsi fixé, l'appareil dans son ensemble fait corps avec le maxillaire sans que toutefois l'ouverture de la bouche soit gênée, grâce à l'élasticité des bandes de caoutchouc. Pour changer les compresses, il suffit de retirer de leurs crochets les bandes élastiques ; les ailettes latérales de la mentonnière se rabattent aussitôt pendant que la partie médiane maintient toujours l'extrémité du ressort. Il est possible alors d'écartier légèrement cette pièce médiane sans rien déranger dans la contention de la fracture pour retirer et remplacer les compresses sous-mentonnières souillées par le pus, la salive ou les débris alimentaires. Ceci fait, les ailettes sont relevées et fixées de nouveau aux bandes de caoutchouc.

C'est également pour rendre encore plus certaine la continuité de la contention de la fracture dans les différentes manœuvres nécessitées pour le nettoyage de l'appareil, que Martin préconise l'usage des doubles gouttières emboitées l'une sur l'autre.

Dans un certain nombre de cas spéciaux, Martin a été amené à modifier son appareil. Il s'agit de quelques cas de

fractures à déplacements particulièrement difficiles à corriger.

1° *Gouttières à pointes pénétrantes.* — Lorsque le rebord du maxillaire est dépourvu de dents précisément au niveau du fragment postérieur si difficile à abaisser, la gouttière agit mal sur ce dernier et a tendance à glisser. Cet inconvénient sera supprimé en garnissant la gouttière d'une pointe aiguë qui pénètre dans le bord supérieur de l'os. Utilisées par Martin, l'usage de ces pointes parfaitement tolérées n'amène, d'après ses observations, aucune complication.

2° *Remplacement d'une dent de chute récente.* — Lorsque la chute d'une dent s'opère loin du foyer de la fracture, l'accident est de médiocre importance ; il n'en est pas de même lorsqu'elle se produit au bord du trait de fracture. En pareil cas, la perte d'une dent devient parfois une véritable perte de substance, car les fragments ont tendance à se rapprocher pour combler le vide produit. *Il ne faut donc jamais extraire une dent, même très chancelante, lorsqu'elle est en rapport avec le trait de fracture.* Elle tombera peut-être plus tard, mais sa présence pendant les premières semaines de la consolidation aura au moins empêché une déformation par rapprochement de fragments.

Si le traumatisme qui a causé la fracture a entraîné en même temps la chute d'une dent immédiatement voisine, Cl. Martin conseille de placer dans l'alvéole un cône d'étain de même forme, soudé à la gouttière et qui restera jusqu'à consolidation complète de la fracture.

3° *Vis interdentaires.* — Dans certains cas rebelles, Martin a utilisé pour mieux fixer la gouttière des vis fixées à cette dernière et passant dans l'intervalle des dents. Ce moyen exceptionnel ne doit être employé que pendant quelques jours, car il est nuisible aux dents.

4° *Appareil à refoulement.* — Dans le cas de fractures commençant à se consolider avec du chevauchement des fragments, Martin préconise un appareil dans lequel la

pression progressive de la vis allonge les adhérences et replace les fragments dans une bonne position.

5° *Écartement des bords inférieurs des fragments.*

— Martin a décrit dans les fractures portant à la fois sur le col du condyle et sur le corps de l'os un aplatissement spécial de la face dû à la déviation en dedans du fragment moyen.

En pareil cas, la gouttière buccale maintient bien le bord supérieur de ce fragment, mais son bord inférieur, sans point d'appui inférieur, persiste à se porter en dedans. Pour corriger ce déplacement, d'ailleurs assez rare, Martin a utilisé avec succès son appareil, en remplaçant la mentonnière par une balle de caoutchouc. « Cette balle, grâce à sa forme, déprime les parties molles sous-mentonnieres et maintient la forme du bord inférieur de l'os si son arcade tend à s'aplatir. La pression de la balle peut à la longue ulcérer la peau qu'elle comprime. Aussi ne doit-on la laisser que le temps nécessaire à la formation de quelques adhérences. Elle sera remplacée ensuite par l'appui ordinaire. On assujettit la balle de caoutchouc à l'extrémité du ressort en perforant la balle de part en part, à l'aide d'un couteau mouillé pour pouvoir entamer le caoutchouc. Il ne reste plus qu'à faire pénétrer le ressort dans la rainure taillée dans la balle, qui est de la sorte solidement fixée ».

(A suivre.)

**COMITÉ DE SECOURS AUX BLESSÉS
DES MAXILLAIRES ET DE LA FACE¹**

RÈGLEMENT INTÉRIEUR.

1^o Tout blessé militaire adressé au Comité doit passer le jour même à la clinique de chirurgie pour être examiné par le chef de service qui pose le diagnostic et indique le traitement.

2^o Dans le cas où le blessé ne pourrait être transporté à la clinique du Comité, l'un des chefs de service avec le médecin ira examiner sur place le blessé et donnera les indications du traitement au membre du Comité ou au délégué chargé de ce traitement, dont la surveillance est assurée par les chefs de service qui sont tenus régulièrement au courant par le membre du Comité chargé du traitement.

3^o Le membre du Comité auquel un malade est confié doit immédiatement établir une fiche signée de lui et sur laquelle il devra rédiger le jour même l'observation du malade avant toute intervention soit chirurgicale, soit prothétique.

4^o Après avoir rédigé l'observation du cas à lui confié, le membre du Comité devra, pour tous les cas ressortissant à la prothèse restauratrice ou au traitement des fractures des maxillaires, prendre, à moins de contre-indications, une empreinte des maxillaires dans l'état où se trouve la bouche lorsque celle-ci lui est confiée. Ces empreintes, coulées après avoir été réunies par un articulateur, serviront de moussages témoins et pourront servir de modèles d'étude destinés à l'examen plus complet et à la combinaison de l'appareil ou des appareils choisis par le chef du service. (Ces modèles devront être remis le jour même ou le lendemain au chef du service technique).

5^o Le membre du Comité aura le devoir de procéder après la prise d'empreinte à la mise en état de la bouche : nettoyage et traitement des dents, lavages antiseptiques, extractions, enlèvement de séquestrés ou d'esquilles prescrits par le chef du service des cliniques et nécessaires avant toute intervention prothétique.

6^o L'intervention prothétique ayant été combinée et indiquée d'accord avec le chef du service, le membre du Comité qui en est chargé peut exécuter l'appareil ou les appareils, soit dans son laboratoire, soit dans celui de l'Ecole. Il devra donner rendez-vous au malade à l'Ecole de manière à permettre au chef du service de suivre le traitement appliqué et d'en contrôler la marche aux différentes périodes.

1. V. Odontologie du 30 décembre 1914.

7^o Avant l'application du traitement prothétique les blessés confiés aux membres du Comité devront être photographiés dans l'état où ils se trouvent avant l'intervention par le membre du Comité qui a bien voulu assurer ce soin.

8^o Lorsque le traitement sera reconnu terminé par le chef du service, de nouvelles empreintes témoins seront prises par le membre du Comité qui aura pratiqué le traitement et des modèles seront coulés et articulés montrant les résultats obtenus. Des photographies seront prises également enregistrant ces résultats.

9^o Les fournitures nécessaires pour la confection des appareils, ainsi que le gros matériel, sont à la disposition des membres du Comité après une demande verbale et justifiée faite au préposé du laboratoire, chef du service technique.

10^o Le bon des fournitures devra indiquer le nom du membre du Comité qui doit les employer, ainsi que le nom du blessé à qui elles sont destinées. Il devra être signé par le chef du service.

11^o La clinique et le laboratoire du Comité fonctionnent le matin de 9 heures à midi et, au besoin, de 2 heures à 5 heures.

12^o Il sera délivré à tout membre du Comité chargé du traitement prothétique de malades une carte d'identité signée des deux chefs de service.

* *

Plusieurs journaux, notamment le *Figaro*, le *Petit Journal*, *Paris-Midi*, le *Gaulois* et le *Temps* ont consacré des articles élogieux aux services rendus par le Comité de secours aux blessés des maxillaires de la face ; chaque jour de nombreux soldats viennent recevoir des soins dans les locaux mis à leur disposition par la Société de l'Ecole et du dispensaire de Paris, créatrice de ce Comité.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

ETUDIANTS EN CHIRURGIE DENTAIRE SOUS LES DRAPEAUX

A la suite des démarches faites par la Fédération dentaire nationale, au sujet de la loi militaire, et de diverses interventions, le Ministre de la Guerre a pris l'arrêté suivant, qui se réfère à l'art. 14 de la loi du 7 août 1913 portant à 3 ans la durée du service militaire. (Voir Journal officiel du 17 juillet 1914.)

Ministère de la Guerre.

Addition à l'arrêté du 15 avril 1914, fixant les conditions dans lesquelles les étudiants des classes 1913 et suivantes seront autorisés à faire acte de scolarité sous les drapeaux.

Paris, le 16 juillet 1914.

Ajouter entre les parag. II et III sous le n° II bis, un nouveau parag. comportant le titre et le texte ci-après :

ETUDIANTS EN CHIRURGIE DENTAIRE.

Les étudiants en chirurgie dentaire seront autorisés à prendre des inscriptions et à subir des examens pendant la 3^e année de leur présence sous les drapeaux, et pendant cette année seulement, à condition :

1^o Qu'ils aient accompli avant leur incorporation leur première année de scolarité et subi avec succès l'examen correspondant ;

2^o Qu'ils aient été nommés *aspirants* à la fin de leur 2^e année de service (art. 14 de la loi du 7 août 1913). Cette dernière condition n'est pas exigée des étudiants qui ont été classés dans le service auxiliaire.

Pour l'intelligence de ce texte, il y a lieu de se reporter à l'art. 14 de la loi du 7 août 1913, que nous reproduisons ci-après :

Art. 14. — L'article 24 de la loi du 21 mars 1905 est remplacé par les dispositions suivantes :

« Chaque année, au bout de six mois de service, entre les soldats incorporés, appelés ou engagés, un concours est ouvert pour l'admission aux écoles militaires d'infanterie, de cavalerie, d'artillerie, du génie et d'administration. Après un an de service à la caserne, les candidats admis entrent aux écoles. La durée des études y est d'un an. A leur sortie les élèves sont nommés aspirants. Ils accompliront le dernier semestre de leur troisième année de service comme sous-lieutenants de réserve.

» A leur libération, ils sont nommés officiers dans la réserve et doivent conserver leurs fonctions pendant un temps fixé par le ministre de la Guerre au moment du concours.

» A l'expiration de ce temps, ils peuvent renoncer à leur grade. Ceux qui le conserveront seront astreints à des périodes d'exercices fixées par le ministre de la Guerre.

» Celui-ci pourra également autoriser, chaque année, un certain nombre de sous-lieutenants à rester dans l'armée ; ils ne pourront être nommés lieutenants qu'après un séjour dans une école d'application.

» En aucun cas, le nombre des officiers de réserve, provenant des sous-officiers de réserve des corps de troupe, ne pourra être inférieur au tiers des vacances annuelles. »

LA DENTISTERIE DANS L'ARMÉE ET LA MARINE

Nous empruntons les renseignements suivants à une communication de M. Montigel, médecin et chirurgien-dentiste à Andermatt, médecin aide-major de 1^{re} classe dans l'armée suisse, faite à l'assemblée annuelle des officiers suisses du Service de santé militaire.

Autriche (Marine).

L'hôpital maritime de Pola, le grand port de guerre autrichien, possède depuis 1890 un dispensaire dentaire ouvert tous les jours, confié à deux médecins de marine qui ont reçu l'enseignement dentaire. Les soins y sont donnés gratuitement aux marins et aux militaires de la garnison et à leurs familles, et aux officiers moyennant le prix des matières employées.

Il est soigné environ 10.000 personnes par an.

Les mousses subissent à leur entrée dans la marine un examen dentaire, qui a lieu deux fois par an pendant leur temps d'école.

Italie (Marine).

Il n'existe pas de dentistes militaires ni sur terre, ni sur mer dans la marine, parce que tous les médecins de la marine ont reçu un enseignement dentaire qui leur permet de donner des soins en cas de besoin.

Dans les hôpitaux de district il existe à certains moments des cabinets dentaires contenant tous les instruments et appareils nécessaires pour la dentisterie moderne.

C'est dans ces cabinets que s'instruisent en art dentaire les médecins de marine.

Angleterre (Marine).

On compte actuellement dans la marine 13 dentistes, qui consacrent tout leur temps au personnel de la marine militaire.

Trois sont dans chacun des ports de Portsmouth, Devonport et Chatham, un au dépôt de la marine, et trois sont affectés au service de perfectionnement.

Ils sont chargés :

1^o D'examiner les dents des recrues et de leur donner les soins nécessaires ;

2^o D'examiner les dents des hommes et des mousses avant leur embarquement.

Le but principal est de soigner les affections dentaires dès le début, pour éviter la maladie et l'invalidité. On recourt au traitement conservatoire autant que possible, lorsque la dent n'est pas encore morte.

Par exemple le navire-école Exmouth, qui compte 600 élèves, de 10 à 15 ans, est pourvu d'une installation dentaire complète.

Etats-Unis d'Amérique.

Il existe des chirurgiens-dentistes militaires appointés sur le budget avec des cabinets parfaitement installés où sont soignés gratuitement officiers et soldats.

Depuis 1906 on compte 30 de ces praticiens ; mais on se propose d'en nommer 60 autres.

HOPITAL MILITAIRE DE X...*Service dentaire du 10 Août au 10 Décembre 1914.*

Consultations (environ)	2.000
Extractions simples.....	1.455
— compliquées.....	207
Abcès, fluxions, etc.....	182
Adéno-phlegmons.....	16
Accidents d'éruption de dents de sagesse.....	38
Obturations, ciments, gutta, amalgames.....	200
Total.....	4.098

Ces 4.098 interventions, faites par M. A. D., chirurgien-dentiste, infirmier à la 24^e section d'infirmiers militaires, ont évité à plus de trois cents hommes de longs jours d'infermerie, voire même d'hôpital.

Le service dentaire est également assuré par un autre chirurgien-dentiste, M. C., qui arrive de son côté à des chiffres analogues.

NÉCROLOGIE

Léonce Legrand.

Nous apprenons avec un très vif regret le décès de notre jeune confrère Léonce Legrand, ancien élève de l'Ecole, membre de la Société, installé depuis un an à Beauvais. Lors de la mobilisation, il avait été appelé et affecté à une section d'infirmiers.

Les grandes fatigues qu'il a endurées pendant les premiers mois de la campagne, par suite des marches et des soins dévoués qu'il prodiguait aux blessés et aux malades, l'avaient fortement atteint. Sa santé, très ébranlée pendant son séjour en Tunisie, lorsqu'il faisait son service militaire, n'a pu résister à ces fatigues et il est mort d'épuisement à la suite d'une fièvre typhoïde.

Il avait fait d'intéressantes communications à la Société d'Odontologie.

Nous adressons à sa femme toutes nos condoléances et l'expression émue de notre sympathie.

Marcel Tomasini.

On annonce la mort au champ d'honneur de M. Marcel Tomasini, élève de l'Ecole, soldat au 94^e régiment d'infanterie, tué à Sillery (Marne), le 24 septembre.

Nous saluons avec respect et émotion la disparition de ce jeune homme, qui a succombé en défendant le sol de la patrie, et nous assurons sa famille de la part que nous prenons à sa douleur.

Pierre Ledoux.

Nous apprenons au dernier moment la mort de M. Pierre Ledoux, fils du dévoué professeur de bactériologie de l'Ecole dentaire de Paris.

M. Pierre Ledoux, élève de l'Ecole normale supérieure, sous-lieutenant au 25^e régiment d'infanterie, a été tué le 25 octobre en conduisant ses hommes à l'attaque de Blangy, devant Arras. Sa belle conduite lui avait valu d'être cité à l'ordre du jour de l'armée et ses chefs vantaient son intrépidité.

Nous prenons une part bien vive à l'affliction de M. Ledoux, auquel nous adressons, ainsi qu'à sa famille, nos très sincères condoléances.

René Dubois.

M. René Dubois, chef de clinique à l'Ecole odontotechnique, est décédé, à l'âge de 26 ans, à l'hôpital de Troyes, d'une fièvre typhoïde contractée au chevet des malades.

René Goubet.

M. René Goubet, chirurgien-dentiste, soldat au 147^e d'infanterie, a été tué le 7 septembre à Favresse, près de Thièblemont.

NOUVELLES

Mariage.

Nous apprenons le mariage de M^{lle} Suzanne Brodhurst, fille de notre confrère M. Brodhurst, de Montluçon, membre de l'A. G. S. D. F., avec M. Maurice Picardat, agrégé des sciences mathématiques.

Nous adressons nos félicitations à la famille et nos vœux de bonheur aux jeunes époux.

A. F. A. S.

M. Ch. Godon a été nommé délégué de l'Association française pour l'avancement des sciences pour la période 1914-1915 et membre de la commission des subventions.

Les délégués de la 14^e section (odontologie) sont MM. Blatter, Francis Jean, Roy.

Congrès du Havre (1914).

Le vœu suivant a été émis par la 14^e section (odontologie) au Congrès du Havre et adopté comme vœu de l'Association française pour l'avancement des sciences.

« La section émet le vœu que l'inspection médicale dans les écoles primaires soit complétée par l'inspection dentaire faite semestriellement par un spécialiste rétribué à cet effet comme cela existe déjà pour les internats primaires supérieurs. »

Congrès dentaire du Panama-Pacifique.

Rappelons que ce Congrès se tiendra à San-Francisco (Californie) le 30 août 1915. Le Comité du programme exprime le désir d'être en possession des communications et des discussions le 1^{er} mai prochain, de façon à pouvoir préparer à temps son programme.

Le Comité exécutif français invite donc les chirurgiens-dentistes de France désireux de participer à ce Congrès à s'y préparer dès à présent et à le mettre à même de fournir, en temps voulu, au Comité du programme les éléments dont il a besoin.

Le Comité exécutif français est, comme on sait, composé de MM. Godon, président, Blatter, Pont, Roy, G. Villain.

Renseignements sur les sociétaires, confrères et élèves mobilisés.

Nous continuons de publier tous les renseignements qui nous sont parvenus sur les sociétaires, membres du corps enseignant, élèves et confrères mobilisés. Nous serions reconnaissants à nos lecteurs de nous adresser toutes les informations désirables touchant leurs affectations, le lieu de leur stationnement, ainsi que sur les confrères auxquels le présent numéro ne peut parvenir ou qui sont hors d'état de les fournir eux-mêmes.

La Rédaction.

Battanchon, hôpital de Ste-Anne, Toulon.

Cadic, 11^e d'artillerie, 45^e batterie, 82^e division d'inf. territoriale.

Couturat, caporal infirmier, 3^e section d'infirmiers, hôpital d'évacuation n^o 5, 1^{er} échelon, secteur postal 77.

Coustaub (D.-F.), soldat, 23^e compagnie, 4^e section, 288^e d'infanterie, secteur 149.

Darcissac, infirmerie du quartier Raoul, 46^e régiment d'infanterie, 29^e compagnie, Fontainebleau.

Drain, caporal, 29^e C^{ie}, dépôt du 87^e régiment d'infanterie, Quimper (Finistère).

Ferrand, hôpital temporaire 18, Pontivy (Morbihan),

Fourquet, infirmier, infirmerie-ambulance de Taza (Maroc).

Grigorian, 2^e régiment étranger, 6^e bataillon, hôpital Louis Mékinès (Maroc).

Gault (Léon), chirurgien-dentiste, poste de secours, 283^e d'infanterie, 67^e division de réserve, secteur postal 149.

H. Hill, caporal, 2^e étranger, bataillon C, 2^e C^{ie}, 5^e section.

Jean Billet, 3^e escouade, 25^e C^{ie}, 42^e d'infanterie, camp du Valdahon (Doubs).

Lambert, hôpital militaire 28, Angers,

Dr Raymond Lemièvre, médecin aide-major, transféré, d'après les nouvelles récentes que nous avons reçues, de Guise au Réserve Lazaret, Gustrow (Mecklembourg).

Letierce, infirmier, Service de santé du 13^e corps d'armée, secteur postal 98.

Mercadier, hôpital temporaire, n° 58, 17^e corps d'armée, Toulouse.

Mouton (Fernand), caporal, 1^{re} ambulance, 55^e division de réserve, secteur postal 32.

P.-E. Miégeville (du Havre), adjudant, 33^e territorial, dépôt de Sens (Yonne).

Mussat (Ch.), chirurgien-dentiste, hôpital 34, Tulle (Corrèze).

Pujol, infirmier de visite, infirmerie du 83^e d'infanterie, Saint-Gaudens (Haute-Garonne).

Rampin, soldat dentiste, infirmerie du 163^e régiment d'infanterie, caserne Riquier, Nice.

Roussel (G.), officier brancardier, secteur 113.

Smadja (Fortuné), caporal, hôpital temporaire de la Justice, Toul (Meurthe-et-Moselle).

Talabart, caporal, infirmier, 121^e d'infanterie, 2^e bataillon.

Tamisier, signalé comme blessé (*par suite d'une transposition typographique*), est infirmier, ambulance n° 6, 42^e division d'infant.

Tomasini (Albert), élève, blessé, mentionné (*par suite d'une transposition typographique*) avec l'affectation de M. Tamisier.

Tusseau (Stanislas), 23^e régiment colonial, 12^e C¹e, secteur 14.

J. Viret, 23^e section de commis, autos-section T. M., par le parc automobile de Dijon.

Weil (Henri), caporal, 6^e section d'infirmiers, hôpital complémentaire 46, Saint-Lunaire.

Warnier (Bernard), infirmier au 120^e d'infanterie, infirmerie de Varades, Ancenis (Loire-Inférieure).

Wielhorski, infirmier au 117^e de ligne, Le Mans (Sarthe).

Wallis Davy, 218^e régiment d'infanterie, 6^e bataillon, 23^e C¹e, 18^e corps d'armée, secteur postal n° 6.

Personnel administratif.

Picard (Henri), bureau du major, 30^e régim. d'artillerie, Orléans.

Godin, caporal-fourrier, 130^e d'inf., 17^e C¹e, secteur postal 69.

Inauguration du dispensaire dentaire Forsyth.

Le dispensaire dentaire Forsyth, fondé avec un capital de 15 millions de francs, par un don généreux d'un des frères Forsyth, pour traiter gratuitement environ 100.000 enfants, a été inauguré à Boston, 140 The Fenway, le mardi 24 novembre 1914, à 10 heures du matin. Un lunch a été servi à 4 heures.

Nous avons signalé à plusieurs reprises l'importance de cette belle œuvre philanthropique

L'ODONTOLOGIE

BULLETIN

POUR LES VICTIMES DE LA GUERRE

En proie à une frénésie d'orgueil de race et de sauvagerie qui leur fait anéantir tout ce qui n'accepte pas leur domination, les barbares germains ont apporté, partout où ils sont passés, la ruine, la désolation et la mort.

La malheureuse Belgique, levée tout entière pour la défense du droit violé, ainsi qu'une partie de la France ont subi la souillure de ces hordes barbares et ce que l'on sait déjà des actes qu'ils y ont commis a provoqué l'indignation universelle.

En attendant le châtiment qui ne saurait tarder et les justes réparations qui s'en suivront, il faut songer à ceux qui ont plus particulièrement souffert de ces horreurs, à ceux dont la demeure a été détruite, à ceux qui ont dû fuir l'envahisseur et qui se trouvent dénués de ressources, aux familles éprouvées par l'absence ou la disparition de leur chef. C'est le devoir de tous ceux à qui ces cruautés ont été épargnées de venir en aide à ces infortunes. Le gouvernement, les souscriptions nationales et particulières viennent apporter un adoucissement à toutes ces misères en général; mais de même que chacun de nous, en outre de ce qu'il peut faire pour secourir les infortunes collectives, s'intéresse plus particulièrement à celles dont il peut connaître directement les victimes, il importe que, dans les calamités présentes, chaque corporation, qui

constitue une grande famille, vienne en aide à ceux de ses membres qui ont souffert de l'invasion ou pour la défense de la patrie et de nos foyers.

Un certain nombre de nos confrères, notamment en Belgique, ont été gravement éprouvés; c'est ainsi que je sais déjà que deux d'entre eux ont eu leur maison brûlée, qu'un autre n'a pu échapper aux Allemands qu'en restant trois jours dans un regard d'égout, que plusieurs ont été chassés de chez eux sans ressources ou ont dû fuir pour échapper à l'internement en Allemagne. De même, en France, dans les régions envahies, des confrères ont été victimes des exactions allemandes et dans le reste du pays des familles de confrères sont dans le besoin du fait du départ du chef de famille mobilisé.

Il faut porter secours à toutes ces infortunes; il faut que tous ces confrères, à quelque catégorie professionnelle qu'ils appartiennent, qu'ils fassent ou non partie de nos sociétés, trouvent un secours et un appui auprès des dentistes français. Pour cela, il importe que ceux d'entre nous qui, n'étant pas pris par la mobilisation, ont pu continuer à travailler, viennent à l'aide des confrères victimes des horreurs de cette guerre ou des familles de ceux qui contribuent à la défense commune.

Nous sommes sûrs que les dentistes ne manqueront pas à ce devoir de solidarité confraternelle pour la réalisation duquel le Conseil d'administration de l'Ecole dentaire de Paris a pris l'initiative de provoquer l'organisation d'un Comité chargé d'ouvrir une souscription pour venir en aide aux infortunes professionnelles franco-belges dues à la guerre.

Nous donnerons dans un prochain numéro la composition de ce Comité, auquel nous invitons à l'avance tous nos confrères à apporter leur généreux concours.

MAURICE ROY.

TRAVAUX ORIGINAUX

TRAITEMENT DES FRACTURES DU MAXILLAIRE INFÉRIEUR

APPAREILS NÉCESSITANT LA PRISE D'UNE EMPREINTE ET CONFECTIÖNÉS SUR UN MODÈLE CORRIGÉ

Par MM. P. MARTINIER et G. LEMERLE,

Professeurs à l'Ecole dentaire de Paris.

(*Suite¹.*)

FABRICATION DE L'APPAREIL DE MARTIN. — Nous avons vu que le métal employé était de la tôle d'acier de 0 m. 0003. Une fois le moulage de l'arcade obtenu, et après sa correction, on en tire un second moule métallique en zinc et une matrice en plomb qui serviront à estamper la tôle d'acier pour la construction de la gouttière dentaire. La méthode employée n'est pas différente de celle utilisée couramment en prothèse dentaire usuelle. Il est bon, pour rendre l'acier inaltérable dans les liquides buccaux, de le plonger dans un bain d'étain en fusion après décapage préalable dans de l'eau additionnée de quelques gouttes d'acide sulfurique. Malgré sa simplicité apparente, l'appareil de Martin est difficile à construire, car la tôle d'acier est vraiment peu commode à estamper. D'autre part, il faut éviter une action irrégulière du ressort en lui donnant la courbure convenable. Ce réglage exact du ressort présente certaines difficultés. *Pour que l'action du ressort s'exerce régulièrement et efficacement, il faut que la*

1. V. *L'Odontologie* du 30 janvier 1915. — Extrait du volume *Prothèse restauratrice bucco-faciale et traitement des fractures du maxillaire*, faisant partie du *Manuel du chirurgien-dentiste*.

C'est par suite d'un oubli typographique que le titre de cet article *Traitem-
ent des fractures du maxillaire inférieur* a été omis dans le n° du 30 janvier.
Cet article est extrait du chapitre III de la 3^e partie de ce *Manuel* consacré au
Traitement des fractures des maxillaires.

pression fournie par le ressort soit répartie uniformément sur toute la surface qu'embrasse la gouttière intra-buccale et qu'elle soit contrebalancée par le point d'appui que prend le ressort sur la mentonnière. La difficulté consiste donc à bien calculer la courbe à faire décrire au ressort, car si cette courbe était mal calculée, la pression s'exercerait plus particulièrement, soit à la partie postérieure, soit à la partie antérieure de l'appareil, ce qui pourrait être nuisible à la contention des fragments. Cette difficulté, qui n'a rien à voir avec la construction de l'appareil, est une simple mise au point de la pression à exercer. D'ailleurs Martin a indiqué le moyen à employer pour y arriver. Ce moyen consiste dans l'application d'une première mentonnière sans mortaise et sans crochets ; on glisse ensuite dessous une seconde plaque comportant mortaise et crochets et l'on fixe ainsi aisément le ressort.

Appareil de Martin modifié. — La difficulté de l'estampage de la gouttière dentaire en tôle d'acier a amené Martin à modifier son appareil pour en rendre la construction plus accessible. Il propose l'utilisation d'une gouttière double plus grossière, analogue à un porte-empreinte, mais toujours en tôle d'acier. La gouttière superficielle porte le ressort, et la gouttière sous-jacente est remplie avec une matière malléable comme la gutta-percha. En prenant de cette façon l'empreinte de l'arcade restituée dans sa forme, on obtient une gouttière buccale presque aussi précise que la pièce métallique et jouant le même rôle.

Cf. Martin fait remarquer que « l'emploi de la gutta n'est pas un retour à l'appareil de Morel-Lavallée, car, outre que cette substance est contenue dans une gouttière métallique empêchant une déformation rapide, l'empreinte est donnée par une arcade dentaire restituée dans sa forme »¹. Cette gouttière en gutta présente l'inconvénient

1. A. MARTIN, *Ibid.*, pp. 72, 76.

de tenir plus de place dans la bouche que la gouttière estampée, et elle se déforme à la longue. On remédie facilement à ce dernier défaut en déterminant une nouvelle empreinte dans la gutta ramollie par la chaleur. Martin a proposé également à la place de la gutta, l'usage de l'amalgame d'argent comme substance à empreinte. On pourrait semble-t-il employer aussi avantageusement le godiva.

En tous cas, « quelle que soit la substance employée, dit Martin, il faut se souvenir qu'elle ne doit jamais, sous peine d'en provoquer l'inflammation, toucher aux gencives ; c'est un précepte dont il ne faut jamais se départir ».

*Appareil de Martinier*¹. — Frappé des difficultés de la fabrication de l'appareil de Martin dans un cas où ce dernier ne lui avait pas donné les résultats qu'il en attendait, l'un de nous a construit et appliqué avec succès un appareil également à double attelle et ainsi constitué :

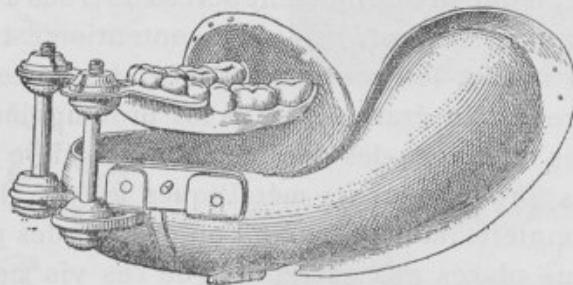


Fig. 141. — Appareil de Martinier.

1^o *Attelle buccale*. — C'est une double gouttière estampée emboitant l'arcade dentaire restaurée. Elle est en alliage dentaire, métal facile à travailler, tout en offrant cependant une grande résistance. Deux prolongements extra-buccaux sont soudés à la gouttière supérieure. Ces

1. MARTINIER. Un cas de fracture du maxillaire inférieur. Appareil contentif (*Odontol.*, mai 1892). Fracture compliquée du maxillaire inférieur (*Odontol.*, février 1893). Considération sur deux cas de fracture du maxillaire inférieur (*Odontol.*, janvier 1895). PAUL DUBOIS 1894. Affection dentaire et affection de la cavité buccale et des maxillaires, p. 552.

prolongements sont percés à leur extrémité de trous destinés au passage des vis.

2^o. *Attelle mentonnière.* — La partie sous-mentonnière est en aluminium.

Elle peut être divisée en trois parties : une centrale, deux latérales comme la plaque sous-mentonnière de Martin, ou bien en deux parties séparées par une ligne transversale se dirigeant obliquement sous le menton, et reliées par deux charnières placées à ses extrémités. La réunion des deux parties est assurée par une fermeture à loquet située à la partie antérieure.

La plaque sous-mentonnière comporte deux prolongements métalliques parallèles, placés latéralement au niveau de la commissure labiale, qui sont taraudés et qui sont destinés à l'insertion des vis qui réunissent cette partie sous-mentonnière à la gouttière buccale.

L'attelle sous-mentonnière est fixée à une calotte crânienne à l'aide de caoutchoucs s'insérant à la partie postérieure de la plaque préalablement percée de trous à cet effet.

3^o *Moyens de contention.* — La contention est obtenue par les vis reliant les gouttières buccales à l'attelle sous-mentonnière et s'insérant : 1^o dans les prolongements latéraux soudés au niveau des canines à la gouttière buccale ; 2^o dans les prolongements métalliques fixés à la plaque sous-mentonnière, immédiatement au-dessous des premiers.

Les écrous placés aux extrémités de ces vis permettent d'assurer la réduction des déplacements en hauteur, selon qu'elles seront isolément plus ou moins serrées.

La situation qu'occupent les vis leur procure l'avantage d'agir avec une grande efficacité sur les déplacements des fragments postérieurs, tout en maintenant énergiquement en place le ou les fragments antérieurs.

*Appareil de Delair*¹. — Il présente beaucoup d'ana-

1, DELAIR, Appareil simplifié pour fracture du maxillaire inférieur (*Odontologie*, 15 février 1906, p. 97).

Voir également COURURIER, Observation d'une fracture du maxillaire inférieur. Application de l'appareil Delair dans l'armée (*Odontologie*, 15 déc. 1907, p. 406).

logies avec celui de Martinier. Il est formé des trois pièces suivantes :

1^o *Attelle buccale.* — Pour sa construction, l'auteur abandonne le métal estampé et se sert de l'étain coulé. L'utilisation de ce métal constitue en partie l'originalité de l'appareil. La construction d'une pareille gouttière est en effet très facile et très rapide, puisqu'il suffit de couler une masse d'étain sur un moulage de l'arcade dentaire, corrigé



Fig. 143. — Appareil simplifié de Delair pour fractures.

et disposé en conséquence. Delair recommande cependant, pour obtenir un plâtre plus résistant, d'employer un mélange de 3 parties de plâtre et d'une partie composée à parties égales de kaolin et de terre réfractaire. Cette gouttière présente sur sa portion antérieure deux prolongements

également en étain. Pour en obtenir la coulée d'une seule pièce, l'auteur procède de la façon suivante.

Sur l'empreinte de plâtre, il superpose deux plaques de cire rose qu'il découpe à six millimètres au delà du collet des dents. Il y ajoute en avant, entre chaque canine et la seconde prémolaire, des barrettes de cire longues de 4 c/m. et larges de 15 m/m. ; ces bandes sont faites de trois épaisseurs de cire rose en plaque. Le tout est mis en plâtre suivant le mode habituel dans un moufle ordinaire. La seconde moitié du moulage est prise avec du plâtre composé ou même de la terre à mouler. La cire est enlevée et on procède à la coulée. Pour la rendre plus facile l'auteur recommande de placer sur le premier moufle « la moitié sans fond d'un autre, qu'on met à l'envers sans interposition de couvercle, pour obtenir à la fonte ce qu'en terme de fonderie on appelle la masselotte ou masse lourde, qui permet à l'étain de refuser dans les moindres méandres du moule. Il faut bien sécher le moule avant de couler l'étain couleur rouge sombre et démolir quinze minutes après, finir la pièce à la lime et au besoin polir » (Delair).

2° *Attelle mentonnière.* — Elle est en aluminium, découpée dans une plaque de 1 m/m. d'épaisseur et façonnée au marteau de buis ou de corne.

3° *Moyen de contention.* — C'est une pièce en forme d'U découpée dans une plaque de maillechort de 1 millimètre 1/2 et dont les extrémités présentent une fente occupant les deux branches de l'U. Cette pièce est rivée à la mentonnière sur la ligne médiane et les deux branches sont recourbées verticalement en haut. Une vis est placée à l'extrémité de chaque prolongement de la gouttière d'étain, recourbée en bas. Ces vis s'engagent dans les rainures pratiquées sur les branches verticales de la mentonnière et reçoivent des écrous à ailettes qui permettent de fixer les branches de contention et de rapprocher à volonté les deux attelles. Cet appareil fort simple peut être exécuté rapidement et Delair fait remarquer qu'il peut être construit en deux heures sans outillage spécial.

REVUE CRITIQUE DES APPAREILS A DOUBLE ATTELLE CONSTRUITS D'APRÈS UN MOULAGE CORRIGÉ DE L'ARCADE DENTAIRE. — Nous avons déjà dit que la difficulté du traitement des fractures du maxillaire inférieur réside dans la correction du déplacement des fragments. Les fractures de la ligne médiane ou voisines de la ligne médiane offrent peu de déplacement et, lorsqu'il existe, il est très facile à corriger. Dans ces cas favorables tous les appareils donnent de bons résultats.

Mais lorsqu'il y a un double trait de fracture, comme par exemple au niveau de chaque trou mentonnier, le déplacement du fragment médian est énorme, car ce dernier bascule en bas et en arrière. De même, lorsque le trait de fracture intéresse la portion latérale du corps de l'os, le fragment postérieur s'élève, tandis que le fragment antérieur s'abaisse et se porte en dedans et en arrière.

La correction de pareils déplacements devient très difficile et tous les appareils ne donnent plus en pareil cas d'aussi bons résultats.

Dans les cas de fractures à trois fragments, surtout lorsque le fragment moyen est voisin de la ligne médiane, tous les appareils à double attelle comportant une mentonnière épousant bien le rebord mandibulaire relèvent facilement le fragment moyen et abaissent les fragments latéraux, à condition que les traits de fracture ne siègent pas trop en arrière.

Lorsque la fracture siège très en arrière, immédiatement en avant de la dent de sagesse, par exemple, il devient très difficile d'abaisser le fragment postérieur, car on ne peut agir sur lui que par l'extrémité de l'attelle dentaire.

Il semble donc que l'appareil de Martin constitue le meilleur appareil à double attelle ; son défaut réside surtout dans la difficulté de sa construction puisqu'il exige l'emploi de la tôle d'acier.

Cet inconvénient n'est réel qu'en ce qui concerne le genre

de métal choisi par Martin. La tôle d'acier est vraiment d'un estampage difficile. Mais si on lui substitue l'alliage d'argent et de platine pour la gouttière buccale et l'aluminium par la mentonnière, la difficulté disparaît; lorsqu'on construit la mentonnière en aluminium estampé, on emboutit les charnières d'articulation et les mortaises sont dans ce cas rivées.

Mais il y a surtout l'action irrégulière du ressort, par suite de la difficulté que l'on rencontre à lui donner la courbure. Pour que cette action soit vraiment efficace, il faut réussir à lui donner la courbure nécessaire, de manière que la pression exercée soit distribuée sur un plan parallèle à la surface. Et nous avons indiqué les difficultés reconnues d'ailleurs par Martin qui a indiqué un moyen d'y remédier que nous avons cité précédemment. Il nous faut ajouter que ce ressort, construit généralement avec un ressort de pendule, ne possède pas toujours la puissance désirée et que dans ce cas encore c'est là un inconvénient sérieux.

L'appareil de Kingsley en caoutchouc vulcanisé paraît échapper à ce reproche.

Mais ses inconvénients sont nombreux : *Il est mal toléré par le malade*, car les branches métalliques qui longent les joues empêchent le décubitus latéral. Elles ne lui permettent pas d'incliner la tête sur le côté, sous peine de vives douleurs. Les branches métalliques amovibles suppriment, au bout de quelques jours, cet inconvénient.

Les branches métalliques ont encore d'autres inconvénients : *leur forme, leur courbure et leur emplacement rendent l'appareil difficile à construire*. Comme elles doivent être confectionnées en fil d'acier assez fort et suffisamment rigide pour supporter sans faiblir la tension des caoutchoucs ou de la bande qui les relient à l'attelle sous-mentonnière, leur courbure au niveau de la commissure des lèvres, leur écartement horizontal sur la partie externe des joues qui doit être exactement parallèle, ne sont pas choses

faciles à réaliser. On manque d'indications suffisamment précises, et il peut résulter de leur imperfection des compressions, sur les parties voisines de leur parcours. Les modifications que l'on doit leur faire subir dans ce cas nécessitent des manœuvres extrêmement pénibles pour le patient.

La gouttière intra-buccale, qui est construite en caoutchouc, est épaisse et volumineuse. La traction latérale produite par les tiges métalliques qu'elle subit quand on fixe l'appareil exige le renforcement de la gouttière, surtout à sa partie médiane, ce qui ajoute encore au volume de l'appareil et qui constitue une gêne parfois mal supportée par certains malades indociles.

La stabilité de l'appareil laisse à désirer et exige une surveillance continue. La plaque mentonnière réunie soit par des lacs de tissu, soit par des bandes de caoutchouc aux tiges métalliques, glisse en avant.

L'élasticité du tissu employé donne évidemment une pression uniforme, mais il n'est pas rigide, et on peut lui reprocher, à cause des changements de direction oblique, d'exercer sur le maxillaire inférieur des pressions latérales et sur la planchette une projection en avant. Tous ceux qui ont employé l'appareil Kingsley ont pu se rendre compte de cet inconvénient qui a été signalé depuis longtemps par Martin.

D'ailleurs les figures ci-jointes feront comprendre aisément les critiques formulées contre cet appareil. La figure 144 représente la photographie de l'appareil Kingsley, mis en place sur un maxillaire. La figure 145 est le schéma du même appareil vu de face. On remarquera que les bords du linge tendu forment une espèce de trapèze ABCD, les points d'attaches fixes étant A et D. Les forces agissant suivant les côtés AB et CD ne sont donc pas normales sur la planchette. Elles donnent (fig. 146) des composantes horizontales suivant BC et CB et ces composantes ont pour effet de rapprocher l'une de l'autre les points B et C, c'est-à-dire de resserrer le maxillaire.

La figure 147 est le schéma du même appareil, vu de côté. Ici les bords du linge tendu forment encore un trapèze ABCD, les points d'attaches fixes étant tout le long

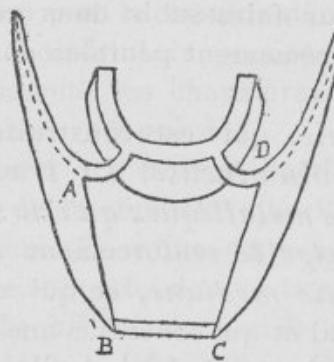


Fig. 145.

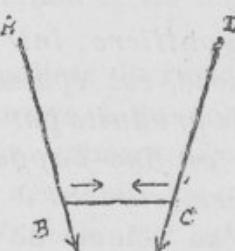


Fig. 146.

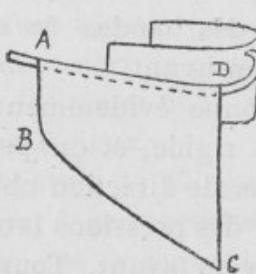


Fig. 147.

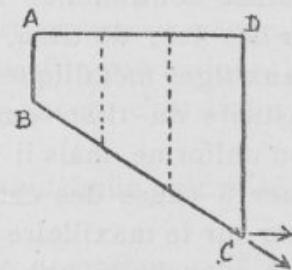


Fig. 148.

de AD. La force appliquée en D est à peu près normale en C sur la planchette ; mais quand on va de D vers A les forces se transmettent obliquement suivant BC (fig. 148) et elles ont une composante horizontale d'arrière en avant, qui a pour effet de tendre à projeter en avant la planchette. Ajoutons que le linge ou les bandes ne sont pas absolument fixés sur les prolongements métalliques, ils peuvent glisser et, dans ce cas, il n'y a plus aucun maintien de la fracture ni du pansement.

Appareil Martinier. — L'action du ressort de l'appareil de Martin sur les fragments postérieurs peut être insuffisante. C'est à la suite d'un insuccès de ce genre que Martinier a dû, pour un cas de fracture double avec dépla-

cement considérable, remplacer le ressort par des vis agissant sur la gouttière et sur la partie sous-mentonnière de l'appareil.

Cet appareil trouve son indication principale dans les cas où le maintien de la réduction est laborieux et dans lesquels les fragments présentent une tendance rebelle au déplacement.

Les conditions mécaniques des forces appliquées sont toutes différentes des précédents appareils et théoriquement leur application paraît être meilleure. La figure 149 est une reproduction de cet appareil. Les vis sont verticales, les prolongements métalliques dans lesquels elles passent sont horizontaux ; chaque vis forme donc avec les prolongements un rectangle rigide, et les forces appliquées à ce système invariable sont verticales et directement opposées (fig. 149). Elles s'équilibrent par conséquent. Inconvénients : L'emplacement des prolongements situés à la commissure des lèvres facilite l'écoulement de la salive et nécessite le remplacement fréquent du pansement sous-mentonnier. Le serrage des écrous sur ces vis doit être fait avec beaucoup d'attention, afin d'exercer sur ces deux vis une pression rigoureusement égale.

L'appareil de Martinier est assez facile à construire et la gouttière buccale métallique est peu gênante, parce qu'elle réduit au minimum le relèvement de l'articulation interdentaire.

L'appareil de Delair a un mode de contention qui paraît analogue au précédent, il a l'avantage d'une extrême rapidité de construction, on peut lui faire en revanche les critiques suivantes :

1^o La gouttière en étain présente les inconvénients déjà cités à propos de celle de Kingsley au sujet des gouttières épaisses.

2^o Pour ne pas trop surélever l'articulation et permettre au malade de fermer la bouche on est obligé de diminuer sensiblement l'épaisseur de la gouttière d'étain au niveau de ses extrémités. S'il s'agit d'un cas de fracture à frag-

ment postérieur difficile à abaisser, l'attelle en étain se trouvera amincie au maximum et par conséquent offrira le minimum de résistance précisément à l'endroit où il serait nécessaire qu'elle offrit le plus de rigidité. Or l'étain,



Fig. 149. — Appareil de Martinier schématisé.

essentiellement malléable ne présente de résistance que sous une certaine épaisseur. Une gouttière estampée comme celle de Martinier serait plus logique et assurerait de meilleures chances d'action sur le fragment postérieur.

3° Les deux branches verticales de la pièce de contention qui réunit les deux attelles (buccale et mentonnière) entre elles se trouvent situées en un point trop rapproché de la ligne médiane. La pression s'exerce bien à la partie antérieure, mais son action est moins efficace aux extrémités de la gouttière buccale, et le maintien du fragment postérieur s'en ressent.

(A suivre)

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

LE SERVICE MILITAIRE ET LES CHIRURGIENS-DENTISTES

Organisation de services spéciaux de stomatologie, de prothèse maxillo-faciale et de restauration de la face.

Une circulaire du Ministre de la Guerre en date du 10 novembre 1914 a décidé d'organiser, dans les places ci-après, des centres de prothèse destinés à la restauration des mutilations de la face sous la direction de spécialistes particulièrement qualifiés pour assurer les soins de prothèse immédiate et ultérieure nécessités par les traumatismes de guerre.

Le Ministre rappelle à cette occasion à tous les médecins chefs de service la nécessité des prothèses hâtives afin d'obvier aux tractions cicatricielles qui trop souvent opposent des difficultés insurmontables à des restaurations correctes.

En conséquence les blessés atteints de mutilations ou de fractures seront dirigés le plus rapidement possible sur les centres ci-après de stomatologie et de prothèse.

Chacun de ces services, constitués autant que possible à l'hôpital régional ou dans un des établissements où ces installations sont déjà existantes, comprendra un médecin chef de service, assisté de deux chirurgiens-dentistes et de deux mécaniciens-dentistes.

En outre, il faut prévoir l'adjonction à ces services de techniciens pour les grandes restaurations prothétiques de la face (masques faciaux), etc.

Ces services sont constitués de la façon suivante :

Camp retranché de Paris. — Hôpital militaire du Val-de-Grâce : le médecin major de 2^e classe Frey, chef du service de prothèse et de restauration de la face.

Gouvernement militaire de Lyon. — Hôpital militaire ou une de ses annexes, en faisant appel au concours du Dr Pont, par exemple.

Bordeaux. — Hôpital militaire St-Nicolas ou du Béquet : le médecin aide-major de 1^{re} classe Cauchié, professeur agrégé à la Faculté.

Dans chacune de ces places il conviendra de faire une répartition judicieuse entre les malades susceptibles de se transporter à des consultations externes, qui pourront être hospitalisés dans

les établissements voisins du Service central de stomatologie, et les mutilés qui seront hospitalisés obligatoirement dans les établissements siège du Service central de stomatologie et de prothèse.

De toute façon les blessés relevant, au point de vue chirurgical, des centres de stomatologie, ne pourront, en aucune façon, être traités dans d'autres établissements hospitaliers que ceux qui auront été désignés par les directeurs des services de santé avec approbation du Ministre.

Les régions du territoire seront réparties ainsi au point de vue des évacuations des blessés de cette catégorie :

Gouvernement militaire de Paris : 1^{re}, 2^e, 3^e, 4^e, 5^e, 6^e, 20^e.

Gouvernement militaire de Lyon : 7^e, 8^e, 13^e, 14^e, 15^e, 21^e.

Bordeaux : 9^e, 10^e, 11^e, 12^e, 16^e, 17^e, 18^e.

Soins dentaires et de prothèse provisoire à donner aux malades et blessés des armées.

D'une circulaire ministérielle en date du 21 décembre 1914 adressée à l'Inspecteur général, Directeur général du service de santé du groupe d'armées d'opérations, il résulte qu'il sera affecté à chaque hôpital d'évacuation un dentiste-prothésiste, chargé d'appliquer, sous la direction du médecin-chef, des pansements spéciaux et des appareils provisoires de contention aux blessés atteints de mutilations de la face et des mâchoires, afin de permettre à ces derniers d'être évacués dans les meilleures conditions sur les centres créés par la dépêche du 10 novembre 1914 et de faciliter l'application d'une prothèse immédiate qui doit être faite hâtivement dans tous les cas.

En outre, il est à désirer que le service de l'avant soit pourvu de dentistes qualifiés pour donner aux militaires de la zone des armées les soins nécessités par des affections dentaires (avulsion, pansements sommaires).

Pour l'organisation de ce service, le personnel nécessaire est recruté dans les formations sanitaires et dans les corps de troupe dans lesquels sont incorporés des militaires munis de diplômes de dentistes ou d'un nombre d'inscriptions suffisant.

Pour le matériel, des daviers et des instruments pour pansements existent dans les approvisionnements des voitures régimentaires, des ambulances, des dépôts de convalescents et d'écllopés, des groupes divisionnaires de brancardiers, etc... et particulièrement dans les formations sanitaires.

Dans tous les cas, il sera donné satisfaction aux demandes de matériel supplémentaire jugé nécessaire.

Des instructions ont été envoyées aux médecins-chefs de service, afin que les prescriptions ci-dessus reçoivent la solution la plus rapide.

Les comptes-rendus des dispositions prises à cet égard sont centralisés par le directeur général du service de santé du Groupe d'Armée d'opérations, sous l'autorité du général commandant en chef.

Réponse de M. le Ministre de la Guerre à la question écrite n° 391, posée le 14 janvier 1915 par M. Deguise, député.

M. Deguise, député, demande à M. le Ministre de la Guerre s'il ne serait pas possible de verser au Service de santé les chirurgiens-dentistes diplômés, au même titre que les étudiants en médecine.

Réponse.

Les étudiants en médecine ne sont pas versés mathématiquement dans le Service de santé, mais répartis entre les divers corps de troupe. Ceux comptant douze inscriptions au moins peuvent être nommés médecins auxiliaires ; les autres sont mis, s'il y a lieu, à la disposition du service dans les corps de troupe, formations sanitaires et hôpitaux.

L'affectation de chirurgiens-dentistes diplômés aux services dentaires qui ont été organisés à l'armée et à l'intérieur a lieu dans la mesure des besoins et les règles actuelles ont suffi à doter ces services de tout le personnel nécessaire.

(Journal officiel du 31 janvier 1915, p. 529.)

COMMISSION DES SERVICES DENTAIRES MILITAIRES

Sur l'initiative du Bureau de l'Ecole dentaire de Paris et d'accord avec les bureaux de l'A. G. S. D. F. et de la F. D. N., il a été constitué une grande Commission sur les services dentaires militaires pendant la guerre.

Prière à nos membres d'adresser tous les renseignements utiles au Secrétaire de la Commission, 45, rue de La Tour-d'Auvergne, Paris.

BIBLIOGRAPHIE

Étude sur le canal et sur l'artère de la dentition temporaire, par Ch. Bennejeant. (Thèse de Montpellier, 1914.)

M. Bennejeant, dont nous avons plusieurs fois publié d'importants travaux, a consacré sa thèse de doctorat à l'étude du canal et de l'artère de la dentition temporaire. C'est une question controversée qui a été étudiée depuis Serres par un certain nombre d'anatomistes et en dernier lieu par Robinson (1906) et Adain (1909). Mais la lumière est loin d'être faite à ce sujet; les ouvrages d'anatomie ne traitent la question que pour donner la conception de Serres, qui appelle de sérieuses restrictions, surtout en ce qui concerne l'interprétation physiologique du canal appelé improprement canal de la dentition temporaire.

Voici à quelles conclusions arrive l'auteur.

I. — Chez le fœtus et chez l'enfant jusqu'aux environs de la huitième année, ainsi que l'avait décrit Serres, il existe deux canaux s'abouchant au niveau de l'épine de Spix et pénétrant dans le corps du maxillaire inférieur.

II. — Le canal supérieur se bifurque en canal mentonnier et en canal incisif, contrairement à l'opinion de Rambaud et Renault. C'est l'homologue du canal dentaire inférieur de l'adulte.

III. — Le canal inférieur s'ouvre en avant, dans la plupart des cas, par un orifice situé à égale distance de la symphyse et de l'orifice mentonnier, mais à un niveau plus bas que ce dernier. Les orifices de ce canal tendent à s'obturer avec l'âge et cela plus du côté droit que du côté gauche, comme nous le verrons chez l'adulte.

IV. — Le plus souvent, on observe un troisième canal sous-jacent au canal dentaire inférieur, mais il s'agit d'un canal collatéral et non d'un canal de troisième dentition, comme Robinson l'interprète. Ce canal va de l'épine de Spix au dernier follicule dentaire de la rangée.

V. — L'auteur n'a jamais rencontré au cours de ses recherches l'artère dentaire inférieure temporaire décrite par Serres et admise par les autres auteurs à sa suite.

VI. — Chez l'enfant, l'apport artériel pour les germes dentaires des prémolaires et des molaires permanentes se fait par l'artère dentaire inférieure; celui des germes dentaires permanents de la canine et des incisives par le rameau terminal de la dentaire in-

férieure et des troncs de suppléance venant de la faciale et de la sublinguale.

VII. — Le canal de Serres contient à la naissance un vaisseau volumineux à parois minces, possédant au point de vue histologique des caractères d'un sinus veineux.

VIII. — Le canal de Serres existe chez l'adulte dans un certain nombre de cas.

Une bibliographie détaillée termine cet ouvrage, très intéressant et très personnel.

Manuel de Thérapeutique dentaire spéciale

et de matière médicale appliquée à l'art dentaire, suivi d'un Formulaire à l'usage des praticiens, par M. Ch. Quincerot. Vigot Frères, éditeurs, 23, rue de l'Ecole-de-Médecine, Paris. Un volume in-16.

M. Ch. Quincerot a publié chez l'éditeur Vigot une 4^e édition de son *Manuel de thérapeutique dentaire spéciale* dans lequel il a condensé les connaissances acquises au cours de sa longue pratique.

Cette quatrième édition, revue et augmentée, du *Manuel de thérapeutique dentaire spéciale*, contient également, à l'instar des précédentes, des données sur les agents thérapeutiques appliqués à la cure des divers états morbides des régions gingivo-buccales, ainsi qu'un résumé sur les *anesthésiques* généraux et locaux mis à contribution dans la pratique journalière des opérations de chirurgie dentaire. Un appendice consacré à l'exposé de quelques procédés nouveaux ou traitements originaux et un formulaire dentaire sont annexés à cet ouvrage, qu'on pourra souvent consulter avec fruit.

Livres reçus

Nous avons reçu: 1^o La circulaire annuelle du collège de dentisterie de San-Francisco, Université de Californie, 33^e année, (en anglais);

2^o Une brochure intitulée : « Le traitement purement chirurgical de la pyorrhée alvéolaire », par M. Senn, de Zurich (en allemand);

3^o Une brochure intitulée : « Un assistant patenté pour la petite chirurgie peut-il exécuter des travaux techniques, par exemple réparer des dentiers ? » par M. Senn, de Zurich (en allemand).

NÉCROLOGIE

Robert Chaboseau.

Nous avons le regret d'apprendre la mort, à l'âge de 35 ans, de M. Chaboseau, chargé du cours de physique et chef des travaux pratiques de physique et de chimie du stage, à l'Ecole dentaire de Paris depuis cinq ans.

Les membres du Conseil d'administration et les membres du corps enseignant de l'Ecole sont émus de la fin prématurée de ce dévoué collaborateur, qui laissera le meilleur souvenir dans l'esprit des élèves qui appréciaient tout particulièrement son excellent enseignement.

L'Ecole s'est fait représenter à ses obsèques.

NOUVELLES

A l'ordre du jour de l'armée.

Nous avons appris avec plaisir que notre confrère M. Genesseaux, membre de l'A. G. S. D. F., sous-officier dentiste au 48^e régiment territorial d'infanterie, a été cité à l'ordre du jour dans les termes suivants :

« Le 5 décembre 1914, s'est particulièrement distingué par son dévouement et son sang-froid en concourant à l'extinction de l'incendie provoqué par le bombardement de B.... »

**

Nous apprenons également avec plaisir et nous reproduisons volontiers la citation à l'ordre de l'artillerie divisionnaire de la 69^e division de notre confrère M. Audefroy, de l'A. G. S. D. F., en date du 11 novembre 1914 :

« Maréchal des Logis, Audefroy Adrien de la 44^e batterie du 28^e régiment d'artillerie.

Sous un feu violent subi par sa pièce pendant 2 journées consécutives, a réussi par son sang-froid à assurer à la fois le service de sa pièce et celui du téléphone, a communiqué sa confiance à ses hommes, et a contribué ainsi à infliger aux objectifs des dégâts sérieux. »

Renseignements sur les sociétaires, confrères et élèves mobilisés.

Nous continuons de publier tous les renseignements qui nous sont parvenus sur les sociétaires, membres du corps enseignant, élèves et confrères mobilisés. Nous serions reconnaissants à nos lecteurs de nous adresser toutes les informations désirables touchant leurs affectations, le lieu de leur stationnement, ainsi que sur les confrères auxquels le présent numéro ne peut parvenir ou qui sont hors d'état de les fournir eux-mêmes.

La Rédaction.

Advernée, infirmier, Béziers.

Aye, sous-lieutenant porte-drapeau.

Bernay, hôpital dépôt de convalescents, 15, rue Fontainebleau, Saint-Etienne (Loire).

Blocman fils, brigadier au 12^e cuirassiers.

Bonnafoux, sergent à la 15^e section d'infirmiers, réserve de personnel n° 8, secteur postal 45.

Boissirvin, maréchal des logis, dentiste, 43^e d'infanterie, Versailles.

Charbonnier (G.), dentiste, 153^e d'infanterie, Pézenas (Hérault).

Cresson (Paul), 17^e bataillon de chasseurs à pied, 12^e compagnie, Chalon-sur-Saône.

Danty-Lucq (Charles), brancardier au 218^e régiment d'infanterie, 18^e compagnie, 5^e bataillon, secteur postal 53.

Darcissac (E.), dentiste, hôpital de Fontainebleau.

Da Silva fils, engagé volontaire, 2^e régiment étranger.

Ferrand, caporal, infirmier, Pontivy.

Fildermann (J.), engagé volontaire à la Légion étrangère, blessé et nommé caporal sur le champ de bataille.

Fildermann (Dr), médecin aide-major.

Fromentin, automobiliste.

Galand, automobiliste, puis dentiste, Melun (Seine-et-Marne).

Grosman, dentiste à la 22^e section, puis réformé.

Guesnier, 22^e territorial, 2^e C¹e, 4^e section, Rouen.

Gaillard, garde des voies de communication.

Héidé (Raoul-Louis), engagé volontaire, 2^e régiment étranger.

Jacquemart, caporal, 162^e d'infanterie, 28^e C¹e, Aubusson (Creuse).

Joly, sergent au 7^e régiment territorial d'infanterie, chirurgien-dentiste de garnison, hôpital militaire de Calais (et non régiment territorial, Dunkerque, comme le porte le numéro du 30 décembre).

Joyeux, secrétaire, 22^e section, Paris, puis dentiste à Chartres.

Kanel, garde des voies de communication, chargé du service dentaire de la garnison de Rambouillet.

Last (Ancel), infirmier à la 22^e section, hôpital de contagieux, Ourches-sur-Meuse.

Lévéque-Sabra (Emile), infirmier, dentiste, 21^e d'infanterie.

Lévéque-Sabra (Dr), médecin auxiliaire, ambulance alpine 1/74. Letierce, dentiste de l'état-major du corps d'armée, direction du service de santé, secteur postal 98.

La Loge (de), dentiste, école militaire, Paris.

Martine, infirmier à la 22^e section et convoyeur.

Monet (Louis), corps d'armée colonial, 5^e ambulance, secteur postal 11.

Morche (Robert), dentiste, caserne La Tour-Maubourg, Paris.

Pierret, infirmier-dentiste, 8^e section d'infirmiers militaires, hôpital 81, Dijon.

Pigot, dentiste, infirmerie du 130^e d'infanterie, dépôt, Mayenne (Mayenne).

Platschick (Richard), 19^e bataillon de chasseurs à pied.

Rey (Robert), 19^e bataillon de chasseurs à pied.

Rozenberg, infirmier, 39^e régiment d'infanterie, 30^e Cl^e, dépôt, Rouen.

Russe (Emile), infirmier au dépôt du 60^e régiment d'infanterie, caserne Charmont, Besançon.

Robin (Dr Georges), médecin-major de 2^e classe, médecin-chef de l'ambulance n^o 2 de la 56^e division.

Salas (Fernand), infirmier-major, hôpital d'évacuation 21, Epinal (au lieu de *Ferrand*, comme le porte le numéro du 30 décembre).

Schütz (Charles Dr), 15^e section d'infirmiers militaires, service de santé, Marseille.

Tzanck, dentiste (nommé *officiellement*), caporal, hôpital mixte, Falaise (Calvados).

Thomas, caporal-infirmier et secrétaire, gare régulatrice, Noisy-le-Sec.

Mort en avalant ses dents.

Dans la nuit du 29 au 30 juin un incendie s'étant déclaré à Brest, on réveillait tour à tour tous les pompiers. Quand on se présenta chez l'un d'eux, M. Honcus, celui-ci fut si brusquement tiré de son sommeil par sa femme, que, effrayé, il avala son dentier!

Le râtelier obstruait complètement l'œsophage et l'on dut pratiquer une opération immédiate.

Mais elle fut fatale au malheureux pompier, qui expirait peu après.

Le dentiste à l'école.

La municipalité de Brigue (Suisse) a pris l'initiative de faire examiner par un dentiste l'état des dents des enfants des écoles de la commune.

Ce praticien a déposé son rapport duquel il ressort que chez les 500 élèves des écoles, en chiffres ronds, il a trouvé 384 dents à oblitérer, et 774 qui devaient être arrachées.

Société odontologique vaudoise.

La société odontologique vaudoise, coopérative, ayant son siège à Lausanne, a, dans son assemblée générale du 3 mai 1914, modifié ses statuts. La société se compose de membres actifs, passifs, libres, honoraires. Peuvent être admis : 1^o membres actifs, les dentistes autorisés à pratiquer dans le canton de Vaud ; 2^o membres passifs, les dentistes pratiquant dans d'autres cantons en vertu du diplôme fédéral ; 3^o membres libres, les dentistes, qui, pour raison d'âge et de santé, ne peuvent plus assister aux assemblées ; ils sont exonérés de toute contribution annuelle. Les dentistes qui ont rendu des services à la société ou qui se sont distingués dans l'art dentaire peuvent être nommés membres d'honneur. Le droit d'entrée est de 10 francs. Le montant de la contribution annuelle est fixé par l'assemblée générale. Les membres d'honneur et les membres libres ne paient aucune contribution. La société est administrée par un comité, composé d'un président, un vice-président, un trésorier, un secrétaire, un bibliothécaire, un membre adjoint, élus pour un an à l'assemblée générale de novembre, et qui ne sont pas immédiatement rééligibles. Le comité est composé de William Fitting (Lausane), président ; Gabriel Rieder (Vevey), vice-président ; Édouard Lagier (Lonay), secrétaire ; Louis Martinet (Sentier), trésorier ; César Zbinden (Lauzanne), bibliothécaire, et François Cordey (Bex), adjoint.

Brevet bien spécial.

Nous relevons dans un journal industriel officiel suisse la délivrance d'un brevet à deux dentistes pour un *dispositif empêchant la chute du dentier supérieur dans la bouche en jouant d'un instrument à anche.*

Encore !

Sous ce titre on lit dans la SUISSE LIBÉRALE du 11 septembre :

Plusieurs de nos confrères annoncent que les Ligues commerciales allemandes invitent les commerçants suisses à boycotter les produits français et anglais.

Les dentistes eux-mêmes ont été invités à ne plus se fournir en Angleterre et en France ! La circulaire adressée dans ce but aux dentistes a même emprunté sans droit la signature d'une maison suisse, qui s'est empressée de protester contre ce procédé, tout de même un peu... cavalier.

L'ODONTOLOGIE

LE SERVICE MILITAIRE ET LES CHIRURGIENS-DENTISTES

La proposition que nous avons la bonne fortune de pouvoir communiquer les premiers à la profession a été présentée à la Commission supérieure consultative du Service de santé par M. le sénateur Paul Strauss. Elle s'est inspirée des principales revendications des chirurgiens-dentistes au point de vue des services dentaires militaires que lui avait soumise, au nom du Groupement de l'Ecole dentaire de Paris et de la F. D. N., M. Ch. Godon. Comme on le verra par l'importante résolution adoptée par la Commission à la suite de ce projet, l'organisation des services dentaires sera bien près d'être complète lorsqu'elle sera appliquée entièrement par le ministre de la guerre, sauf pourtant en ce qui concerne l'intéressante question du grade dentaire spécial, qui paraît ne pouvoir être résolue que par le pouvoir législatif, mais qui devra forcément aboutir.

En attendant nous croyons nous faire l'interprète de tous nos confrères en adressant à l'éminent sénateur, qui s'est si souvent fait le porte-parole de la profession, l'expression de toute notre reconnaissance.

LA RÉDACTION.

Proposition de M. Paul Strauss, sénateur de la Seine, à la Commission supérieure consultative du Service de santé relativement à l'organisation des services dentaires militaires.

Après 6 mois de guerre, la nécessité absolue des soins dentaires est reconnue aussi bien pour les militaires dans la zone des armées que dans la zone de l'intérieur.

Les conditions actuelles de la guerre prolongée dans les tranchées favorisent les douleurs dentaires et elles augmentent dans de grandes proportions les blessures des mâchoires et les mutilations de la face.

Il y a donc lieu d'établir dans la zone des armées, comme à l'intérieur, des services de stomatologie et de prothèse dentaire, confiés à des spécialistes (chirurgiens-dentistes et mécaniciens-dentistes), comme l'ont déjà indiqué les circulaires ministérielles des 10 novembre et 21 décembre 1914, en étendant et en complétant leur organisation conformément aux besoins nouveaux des armées, comme cela existe dans les armées alliées (anglaise et belge).

1^o. — *Organisation des services dentaires.*

a) *Service dentaire régimentaire.* — Ce service de *dentisterie d'urgence* a pour but de donner sur place aux militaires, en cas de douleur, les soins dentaires d'urgence (pansements, obturations provisoires, extractions, etc...). Il fonctionne sous la direction du médecin-major du régiment.

Le matériel nécessaire est celui des cliniques dentaires créées depuis quelques années dans la plupart des régiments. Le dentiste pourrait être invité à fournir sa trousse dentaire, comme cela a eu lieu déjà. Ce service éviterait aux soldats des souffrances inutiles et aux chefs de corps de nombreux indisponibles.

b) *Automobile dentaire.* — Cette organisation mobile de *dentisterie* complète sera destinée à offrir aux Services de santé de l'avant, ainsi qu'à ceux de la zone des étapes et de la zone des armées, des secours de dentisterie et de prothèse permettant de donner en cas de nécessité, sur la demande des chefs de corps ou des médecins-majors, des soins dentaires plus complets ; l'automobile dentaire pourra également, le cas échéant, faire immédiatement sur place et appliquer des appareils de prothèse d'attente pour des mutilés de la face et des maxillaires afin d'éviter des cicatrisations vicieuses (attelles provisoires pour maintenir en

place les fragments en cas de fracture, réparations immédiates d'appareils dentaires fracturés, etc...).

L'installation matérielle comprend tout ce que nécessite un cabinet dentaire moderne, ainsi qu'un laboratoire de prothèse réduit au strict minimum.

c) *Cabinets dentaires et laboratoires de prothèse de garnison sur le territoire ou dans la zone des armées.*

Ces organisations, prévues dans les décrets de 1907 à 1910, peuvent être établis dans différentes villes suivant les besoins et par voie de réquisition chez les praticiens mobilisés ou civils. Elles peuvent être utilement employées par les chefs des services des formations sanitaires après désignation et autorisation du Directeur de santé régional.

d) *Services centraux de stomatologie et de prothèse maxillo-faciale.*

Il a été créé par la circulaire ministérielle du 10 novembre 1914 des services de ce genre à Paris, Lyon, Bordeaux (il en sera prochainement créé un à Nancy), sur lesquels doivent être évacués tous les blessés des maxillaires et de la face suivant les régions où ils ont été dirigés.

Ces services se composent d'un Hôpital militaire central comme le Val-de-Grâce, à Paris, auquel sont annexés, à Lyon, à Bordeaux et Nancy, les dispensaires et les laboratoires des Ecoles dentaires d'Etat ou reconnues d'utilité publique, avec leur personnel de chirurgiens et de mécaniciens-dentistes affectés à cet effet. Il y aura lieu d'étendre la même mesure aux Ecoles dentaires de Paris et d'assouplir cette organisation en autorisant la répartition des blessés de cette catégorie dans plusieurs hôpitaux spécialement désignés, ceux-ci restant toujours sous le contrôle, au point de vue prothétique, du Chef de service de stomatologie.

2^o. — *Utilisation de toutes les ressources régionales.*

Cependant il n'est pas toujours possible ni pratique de recourir aux organisations indiquées. Lorsque dans les formations sanitaires du territoire seront traités des mutilés de la face et des maxillaires qui n'auront pu être évacués

sur les services centraux de stomatologie, les chefs de service pourront être autorisés à faire appel aux ressources régionales dont ils disposeront. Ils pourront ainsi s'adresser à des spécialistes qui ont leur confiance et éviter aux blessés des déplacements longs et pénibles.

Affectation des chirurgiens-dentistes mobilisés.

En vue de cette organisation et pour réaliser ce programme, les dentistes seraient ainsi affectés :

1°. — Zone de l'avant :

a) *Dentistes régimentaires.* — Un chirurgien-dentiste sera affecté à chaque régiment en qualité d'infirmier-dentiste pour donner sur place aux militaires les soins dentaires d'urgence. Il devra posséder le diplôme de chirurgien-dentiste d'une Faculté de médecine française ou être muni au moins de douze inscriptions.

b) *Automobile dentaire.* — Un chirurgien-dentiste aidé d'un mécanicien-dentiste sera, en qualité d'infirmier-dentiste, affecté au service de l'automobile dentaire (on devra autant que possible choisir le titulaire de ce service parmi les chirurgiens-dentistes ayant appartenu au corps enseignant des Ecoles dentaires (démonstrateurs, chefs de clinique, etc...)).

2°. — Service de l'arrière (zone des étapes, zone des armées) :

Les chirurgiens-dentistes affectés comme dentistes régimentaires, les chirurgiens-dentistes et les mécaniciens-dentistes affectés au service de l'automobile dentaire pourront être utilisés dans les deux cas, suivant les circonstances, par les ambulances immobilisées et par les hôpitaux de campagne dans les services de l'arrière (zone des étapes et zone des armées).

3°. — Zone de l'intérieur :

Les chirurgiens-dentistes et les mécaniciens-dentistes peuvent être utilement employés dans la zone de l'intérieur en les affectant toujours comme infirmiers-dentistes, puisqu'il n'existe pas encore de grade dentaire spécial, soit aux

cabinets dentaires, soit aux laboratoires de prothèse de garnison du territoire (décrets de 1907-1910), soit aux services dentaires de stomatologie et de prothèse maxillo-faciale créés à Paris, Lyon, Bordeaux et Nancy par la circulaire ministérielle du 10 novembre 1914.

3^e. — Répartition des chirurgiens-dentistes dans les différentes formations.

Les chirurgiens-dentistes peuvent utilement être répartis ainsi :

Dans les services de l'avant à raison d'un chirurgien-dentiste par régiment, soit environ... chirurgiens-dentistes.

Dans les automobiles dentaires à raison d'un chirurgien-dentiste et d'un mécanicien-dentiste par automobile, soit 20 chirurgiens-dentistes et 20 mécaniciens-dentistes.

Dans les services de l'arrière (zone des étapes et zone des armées), les dentistes régimentaires, les automobilistes dentaires assureront les services dentaires ; dans la zone de l'intérieur, le nombre des chirurgiens-dentistes et des mécaniciens-dentistes mobilisés qui serait nécessaire varierait selon que l'on ferait appel au concours d'un plus ou moins grand nombre de praticiens civils.

Commission supérieure consultative du Service de santé.

La proposition ci-dessus a été présentée par M. Paul Strauss, sénateur, à la commission supérieure consultative du service de santé, instituée par le Ministre de la Guerre pour rechercher ou compléter les améliorations et les perfectionnements qu'il convient d'apporter au service de santé militaire sur le territoire national et aux armées.

Cette Commission, présidée par M. de Freycinet, vice-président, par MM. Léon Bourgeois et Barthou, qui compte, entre autres, au nombre de ses membres, MM. Paul Strauss, sénateur, Landouzy, doyen de la Faculté de médecine, Léon Labbé, Troussaint, Joseph Reinach, etc., vient de déposer son rapport dû à la plume de ce dernier. Ce document, publié par le *Journal officiel* du

10 mars courant, p. 1260 à 1268, contient le passage suivant qui intéresse tous nos confrères sous les drapeaux.

« *La Commission a adopté également la résolution suivante :*

1^o La Commission exprime l'avis qu'un chirurgien-dentiste soit affecté dans chaque régiment au service dentaire ;

2^o Qu'un essai d'automobile dentaire soit effectué dans un corps de troupe ;

3^o Que dans la zone de l'intérieur il y ait une utilisation intensive des écoles dentaires ;

4^o Que les chirurgiens-dentistes et, d'une manière plus générale, le personnel qualifié (pharmacien, étudiants en médecine) qui n'ont pas encore reçu une destination médicale forment le contingent des infirmiers militaires. »

Réponse de M. le ministre de la Guerre à la question n^o 1259, posée, le 4 mars 1915, par M. Nadi, député.

M. Nadi, député, demande à M. le ministre de la Guerre, pourquoi les chirurgiens-dentistes diplômés, chargés du service *dentaire* dans leur régiment pendant leurs deux années de service militaire, chargés de nouveau de ce service dans les ambulances du front (circulaire du 22 décembre 1914) sont encore soldats de 2^e classe, tandis que les étudiants en médecine ayant seulement douze inscriptions et n'ayant pas encore fait de service militaire, sont nommés médecins auxiliaires, au grade d'adjudant, et que des vétérinaires, sortant de l'école, sont nommés sous-lieutenants.

Réponse. — Aucun texte légal ou réglementaire ne permet aux chirurgiens-dentistes d'obtenir des grades au titre de leur spécialité, mais ils peuvent être nommés caporaux ou sous-officiers comme les autres hommes de troupe, et dans les mêmes conditions.

(Journal Officiel du 17 mars 1915.)

TRAVAUX ORIGINAUX

TRAITEMENT DES FRACTURES DU MAXILLAIRE INFÉRIEUR

§ I. — APPAREIL COMPOSÉ D'UNE DOUBLE ATTELLE DENTAIRE INFÉRIEURE ET SUPÉRIEURE

PAR MM. P. MARTINIER ET G. LEMERLE

Professeurs à l'Ecole dentaire de Paris

(*Suite*¹)

*Appareil de Gunning*². — Gunning a décrit plusieurs appareils différents dont un, prenant point d'appui sur le maxillaire supérieur, est resté classique sous son nom.

L'appareil de Gunning proprement dit se compose de deux gouttières en caoutchouc vulcanisé, l'une engainant l'arcade dentaire supérieure, l'autre l'arcade dentaire inférieure, construite naturellement d'après un moulage corrigé de cette dernière. Ces deux attelles ou gouttières sont opposées et réunies sur quatre piliers, qui déterminent ainsi entre elles trois fentes de 5 ou 6 m/m de hauteur. Mis en place, les deux arcades s'emboîtent dans les deux attelles et le maxillaire inférieur est en outre immobilisé par un bandage ou une fronde. En d'autres termes, c'est l'immobilisation forcée du maxillaire inférieur en prenant l'arcade dentaire supérieure comme attelle, mais avec l'interposition de deux gouttières ; les fentes qui séparent ces gouttières permettent l'introduction plus facile d'aliments liquides.

Malgré son apparence simplicité, l'appareil de Gunning n'est pas facile à construire, car il demande à être articulé

1. V. *Odontologie* des 30 janvier et 28 février 1915.

2. GUNNING, Treatment of fracture of the jaw. *Independant Practic, Bul.*, 1880, i, 171, ii 296, 367, 430, 468, 526, 564. — Voir également GARRETSON. A system of oral surgery, 1873.

avec une extrême précision, et il faut en effet avoir fabriqué un de ces appareils pour s'en rendre un compte exact.

La mise en place dans la bouche présente également quelques difficultés. Il faut d'abord appliquer l'appareil sur le maxillaire supérieur, puis faire pénétrer l'arcade inférieure dans la gouttière correspondante, et réduire ainsi les fragments déplacés. Enfin, une bande solidement appliquée et de préférence à traction élastique maintiendra les fragments dans la gouttière et s'opposera à leur abaissement.

Le gros défaut de l'appareil de Gunning est son volume

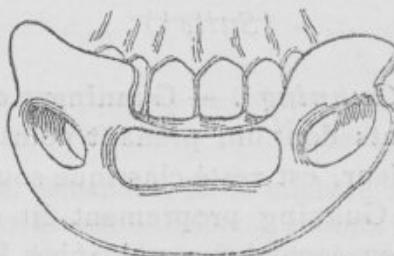


Fig. 150. — Appareil de Gunning (Dubois).

et l'obligation d'immobiliser l'articulation temporo-maxillaire. C'est donc un appareil gênant et qui ne sera pas toujours toléré avec docilité par tous les malades.

Il offre cependant un avantage, c'est d'immobiliser la maxillaire en maintenant la bouche entr'ouverte et nous verrons plus loin que l'ouverture de la bouche favorise en cas de fracture l'abaissement du fragment postérieur et le relèvement du fragment antérieur et par conséquent la correction du déplacement.

Malgré ses inconvénients, l'appareil de Gunning peut donner de bons résultats dans certains cas de fractures multiples.

Avec celui de Kingsley, il est très usité aux Etats-Unis.

§ II. — APPAREILS A SIMPLE ATTÈLLE DENTAIRE

Ils sont constitués par une attelle construite d'après un

moulage corrigé, et épousant le plus étroitement possible les contours de l'arcade dentaire.

Déjà Fauchard construisait de pareilles attelles avec des lames de plomb. L'appareil de Nicolle de Neubourg et celui de Malgaigne étaient formés par deux lames de fer appliquées, l'une en dedans, l'autre en dehors de l'arcade dentaire, et réunies l'une à l'autre par des vis passant entre les dents. Mais ces appareils n'étaient pas construits d'après un moulage corrigé.

C'est avec Hammond que nous voyons paraître le véritable type de l'attelle dentaire construite après la prise d'une empreinte.

*Appareil de Hammond*¹. — Il est constitué par un fort fil métallique travaillé à la pince suivant le contour de l'arcade au niveau du collet des dents sur la face buccale et la face vestibulaire. Cette attelle peut être comparée à un cadre bien ajusté autour du système dentaire inférieur et maintenu en place par un certain nombre de ligatures passées au niveau des espaces inter-dentaires.

Les gouttières dentaires. — Elles sont fort nombreuses et nous ne saurions énumérer ici tous les auteurs qui en ont fait l'application. Leur type varie peu. Elles peuvent être tantôt en métal estampé, ou coulé tantôt en caoutchouc vulcanisé.

D'après les recherches de Mahé, il semble que la première gouttière métallique ait été appliquée par Tanes à Londres et la première gouttière en caoutchouc par Sand, à New-York en 1860.

Les types de gouttière varient surtout d'après la substance employée et leur moyen de contention.

Les gouttières en caoutchouc vulcanisé ont le défaut d'être épaisses et volumineuses et de constituer ainsi une gêne pour le malade.

Les gouttières métalliques, beaucoup plus minces, sont mieux supportées.

1. CHRISTOPHER HEATH, Maladies et lésions des mâchoires, trad. Darin, Londres et Paris, p. 40.

Martinier préconise l'alliage dentaire, d'autres auteurs préfèrent le maillechort, Dubois et Billet, l'aluminium, Cl. Martin la tôle d'acier.

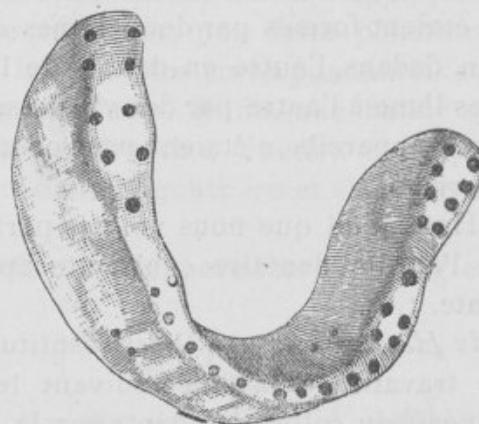


Fig. 152. — Attelle dentaire métallique (Martinier).

*A l'heure actuelle, avec la facilité qui a été donnée aux dentistes POUR LA COULÉE DES MÉTAUX SOUS PRES-
SION, il ne peut plus y avoir de discussion au sujet du
choix du métal. L'alliage dentaire, ou mieux l'alumi-
nium pur coulé nous permettent de confectionner en
très peu de temps une gouttière métallique d'une soli-
dité et d'une rigidité à toute épreuve sous un volume
très restreint.*

Ces gouttières sont percées de trous permettant à un fort courant d'eau de nettoyer l'arcade sous-jacente, après leur application.

Elles sont maintenues en place, soit par des ligatures passées entre les dents au niveau de trous correspondants percés dans le métal, soit par des coins placés au même niveau, soit même par des vis (Martin).

Elles ne doivent pas descendre plus bas que le collet des dents et doivent s'étendre à la totalité de l'arcade.

Martin¹ a préconisé dans certains cas une attelle qui

1. MARTIN, Traitement des fractures du maxillaire inférieur, Paris, 1887, p. 76, Alcan, édit.

MARTINIER et LEMERLE. — Prothèse restauratrice bucco-faciale, p. 18.

tient à la fois de la gouttière et de l'appareil de Hammond.

Il consiste en un assemblage de trois fils d'argent reliés entre eux, en trois ou quatre points. Deux de ces fils sont disposés comme dans l'attelle de Hammond, le troisième est placé sur le bord triturant des dents.

Cet appareil est fixé par des ligatures inter-dentaires, en fil de soie ou en fil métallique.

Enfin dans ces dernières années, on emploie un excellent moyen de contention, certainement supérieur à tous les autres : nous voulons parler du scellement de la gouttière au ciment; pour notre part, nous l'employons depuis long-temps.

CRITIQUE DES APPAREILS A SIMPLE ATTELLE

Les appareils réduits à une simple attelle dentaire sont certainement les plus séduisants.

Lorsqu'ils sont bien construits, appliqués exactement et bien posés, ils donnent des résultats remarquables ; les malades peuvent manger, parler, se servir de leur maxillaire sans aucune douleur et sans aucune gène. L'appareil réduit au minimum n'est pas visible et son application est suivie d'une restauration fonctionnelle immédiate.

Il y a une condition à leur succès : *c'est la fixité absolue de l'attelle.*

L'appareil de Hammond a le défaut de mal réduire les déplacements en hauteur ; il est en effet formé d'un cadre ouvert et il n'exerce qu'une faible action dans ce sens. L'appareil de Martin, formé de trois fils, remplit cette fonction. Les gouttières formées d'une plaque métallique estampée sont certainement très supérieures aux attelles formées de fils accouplés, car elles s'adaptent mieux à l'arcade dentaire en exerçant leur action sur toute sa surface. Mais les ligatures constituent un moyen médiocre de contention, car elles ne peuvent jamais fournir à l'appareil une fixité absolue. Il en résulte que la gouttière simple a vu pendant longtemps ses indications se réduire aux fractures à faible

déplacement, facile à corriger, fractures de la portion antérieure du corps du maxillaire. Lorsqu'on voulait l'utiliser pour maintenir réduites des fractures doubles à gros déplacement ou ces fractures voisines de la dent de sagesse où le fragment postérieur attiré en haut est si difficile à maintenir abaissé, la gouttière simple échouait complètement et l'on était obligé de recourir aux appareils à double attelle.

Ce n'était cependant pas la gouttière qu'il fallait accuser, mais son mode de contention qui ne lui assurait pas une fixité suffisante.

Scellée sur les dents au ciment dentaire comme un bridge-work ordinaire, la gouttière devient un mode de traitement parfait des fractures du corps du maxillaire inférieur. Depuis dix ans l'un de nous a appliqué cette méthode au traitement de quatorze cas de fractures, en majorité dans le service de notre maître M. Sebileau, et toujours avec succès¹. Depuis quelques années divers auteurs ont publié des résultats remarquables obtenus de la même façon ; nous ne pensons d'ailleurs pas indiquer à ce sujet les éléments d'une priorité quelconque, tant cette idée du scellement de l'attelle dentaire au ciment nous paraît simple et susceptible de se présenter à l'esprit d'un grand nombre de praticiens en raison même de l'usage quotidien de ce mode de contention pour certains appareils dentaires modernes.

On a proposé d'utiliser comme attelle fixe les bandes d'Angle scellées sur les dents voisines et réunies par des tiges filetées fixées par des écrous. Un appareil ainsi construit donnera des résultats satisfaisants dans des cas de fractures à faible déplacement, mais il se montrera tout à fait inférieur dans les cas difficiles. La chose se comprend si l'on songe au petit nombre de ses points d'appui et à la faiblesse de ses attelles. Pour obtenir de bons résultats dans tous les cas de fractures qui ressortissent à l'application de la gouttière scellée, il est nécessaire que cette der-

1. SEBILEAU et LEMERLE, Nouvel appareil pour fracture du maxillaire inférieur (*Soc. de Chirurgie*, mars 1908).

nière comprenne l'arcade dentaire tout entière pour pouvoir prendre ainsi un point d'appui suffisant et faire corps avec la totalité du maxillaire.

La gouttière scellée est inutilisable dans les deux cas suivants :

1° Maxillaire édenté ou garni de dents branlantes insuffisantes pour donner à l'attelle un point d'appui solide ;

2° Fracture siégeant en arrière de la troisième grosse molaire ou absence de toute dent sur le fragment postérieur.

En dehors de ces deux cas la gouttière scellée constitue, à notre avis, le traitement de choix de toutes les fractures du corps du maxillaire inférieur. La fabrication est des plus simples. Autrefois nous estampions ces gouttières suivant les méthodes usuelles, après les avoir découpées dans une plaque d'argent ou d'alliage dentaire. Depuis quelques années nous utilisons la méthode de la coulée à cire perdue de Solbrig et nous les exécutons généralement en argent ou en aluminium pur.

La gouttière placée sur le modèle, on l'articule avec le maxillaire supérieur afin de rendre à peine sensible l'élévation de l'articulation. Ce résultat est obtenu en supprimant à la lime tous les points de la face triturante de la gouttière qui gênent l'articulation.

Bien articulée et polie, la gouttière est scellée au ciment après avoir pris les soins usuels de nettoyage et de dessiccation des surfaces coronaires. Les fragments sont maintenus pendant quelques minutes avec la main jusqu'à ce que la prise du ciment soit terminée et il ne reste plus qu'à nettoyer la bouche du malade des débris de ce dernier, placé en excès pour le scellement. Il est généralement inutile en effet, avec les gouttières scellées, de faire porter une fronde ou un bandage au malade et c'est également là un des gros avantages de la méthode.

Aussitôt la gouttière appliquée, le malade cesse de souffrir et se trouve lui-même étonné du bien-être qu'il ressent. Plusieurs fois nous avons vu des malades prendre leur

repas une heure après le scellement de leur gouttière et mâcher des aliments solides avec facilité.

L'absence d'attelle mentonnière constitue en outre un autre avantage, car cela permet au malade de reprendre plus facilement ses occupations. La consolidation d'une fracture du maxillaire inférieur est longue, comme nous le verrons plus loin, elle peut durer de 40 à 60 jours. Le malade porteur d'une gouttière scellée invisible, et si peu gênante qu'il en oublie l'existence, peut reprendre son travail aussitôt qu'il a son appareil, s'il ne présente pas, bien entendu, d'autres lésions. Ce fut le cas de plusieurs de nos patients qui quittaient l'hôpital et venaient simplement dans le service une fois par semaine pour faire vérifier l'état de leur gouttière scellée.

Dans certains cas cependant, moins favorables, il est indispensable de joindre à la gouttière scellée, au moins dans les premiers temps, le port d'une fronde ou d'une bande élastique. Ce sera lorsque :

- 1° Une plaie des parties molles nécessite un pansement ;
- 2° Une fracture dont un des fragments subit un déplacement exceptionnel, par abaissement. C'est le cas des fractures à deux traits où le fragment médian, surtout s'il est antérieur, a besoin, pour être bien relevé, des services d'une attelle mentonnière.

Enfin il y a des fractures dont le déplacement des fragments est impossible à corriger ou du moins trop difficile pour que leur correction soit maintenue par la gouttière : La chose peut se présenter dans deux cas : (nous exceptons bien entendu celui où un corps étranger, dent, esquille osseuse, placé en travers du foyer, s'oppose à la coaptation).

1° La fracture est récente et la contracture musculaire est telle qu'elle s'oppose à la réduction.

2° La fracture est déjà ancienne, et des adhérences ont déjà eu le temps de se former et s'opposent à la réduction.

(A suivre.)

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

Nous recevons de deux de nos confrères qui sont au front, MM. Z. E. et J. D. les deux lettres suivantes que nous nous empêsons de publier, convaincus que nos lecteurs y trouveront de l'intérêt.

Remarques sur le service dentaire aux armées.

De même que le service médical se divise en plusieurs échelons, il y aurait intérêt à ce que le service dentaire fût également divisé en service de l'avant et service de l'arrière.

Service de l'avant. — Actuellement il existe. La plupart des ambulances divisionnaires comptent parmi leur personnel un chirurgien-dentiste. Celui-ci a à sa disposition un matériel à peu près suffisant (et qu'il lui est facile de compléter d'ailleurs) lui permettant de pratiquer des extractions, des nettoyages et traitements de gingivites, des dévitalisations et traitements de certaines dents dévitalisées, des obturations provisoires permettant aux bénéficiaires d'attendre la fin de la campagne pour se faire donner des soins plus complets. Le chirurgien-dentiste rend ainsi des services indéniables non seulement en soulageant des souffrances, mais en sauvant bien des dents. Il pourrait se rendre d'une plus grande utilité incontestable s'il savait s'appuyer sur un service de l'arrière.

Service de l'arrière. — Celui-ci se subdiviserait lui-même en deux échelons :

1^{er} Echelon. — Un cabinet de chirurgien-dentiste, pourvu d'un atelier, serait installé au centre de chaque armée ou d'un groupe d'armées. Le chirurgien-dentiste aurait un personnel de un, deux ou plusieurs mécaniciens-dentistes, suivant l'importance de l'armée ou du groupe d'armées. Ce cabinet, tout en donnant des soins tels que ceux donnés dans les ambulances, assurerait principalement *les réparations ou modifications d'appareils dentaires d'urgence*. Souvent des hommes viennent de la tranchée qui ont besoin de ces réparations soit à la suite d'accident survenu à l'appareil, soit à la suite d'extractions entraînant sa modification. Donner satisfaction à ces hommes serait garder sur la ligne de feu des soldats excellents qui ne se trouveraient pas dans un état d'infériorité indéniable du fait d'être privés de leur appareil. Ce serait également fermer une source à l'indisponibilité.

Vu l'urgence on ferait appel, pour le matériel nécessaire aux

Ecoles ou, le cas échéant, on réquisitionnerait les ateliers de prothèse sur place.

2^e Echelon. — Le deuxième échelon ne connaît que des grands malades, ceux dont l'état, après guérison, nécessiterait une réparation orthopédique quelconque. Il serait constitué par les centres odontologiques ou stomatologiques de Paris et de Lyon, actuellement existants.

Z. E.

Utilité du dentiste sur le front.

Les règlements militaires actuellement en vigueur n'ont pas prévu les services que le dentiste est appelé à rendre aux armées en campagne. Les perfectionnements apportés à nos modes de traitement, l'importance suffisamment démontrée d'un système dentaire en bon état, l'attention portée par le public à tout ce qui touche l'hygiène dentaire ont amené, dans ces dernières années, les autorités militaires à se préoccuper de l'utilisation possible des dentistes dans les corps de troupe. En temps de paix, en effet, les jeunes diplômés ou les étudiants possédant un certain nombre d'inscriptions étaient chargés, à l'infirmerie du régiment, du service dentaire. Ils apportaient eux-mêmes quelques instruments. Le major, suivant l'intérêt qu'il portait aux questions dentaires, leur procurait un complément d'instruments et le matériel indispensable.

Dans les régiments où il n'y avait pas de dentiste militaire, le major donnait aux malades un bon muni de sa griffe et les adressait à un dentiste de la ville.

Ainsi donc, en temps de paix, le soldat qui souffre peut recevoir soit au corps, soit en ville les soins nécessaires.

Les militaires pouvaient, dans une certaine mesure, conserver leur dentition dans le meilleur état possible, et en tout cas être soulagés.

Ainsi, en temps de paix, l'autorité militaire s'occupe des dents du soldat. Pourquoi, en temps de guerre négliger totalement la question ? Dans certains régiments d'active, possédant le dentiste régimentaire, les hommes qui souffrent peuvent avoir les soins nécessaires. Dans les régiments de réserve, rien de pareil n'est prévu. Les dentistes ont été incorporés dans les compagnies ; or, la plupart des régiments de réserve contiennent au moins un dentiste dans leurs rangs. Qu'un homme souffre, personne ne le soulagera. Notre confrère ne possédant aucun instrument ne pourra le débarrasser d'une dent mauvaise ; une baïonnette en aucun cas, ne peut servir de pied de biche. Pas un major ne se sentira capable d'extraire avec trismus ; on ordonne au malade

des gargarismes, de la chaleur, des comprimés d'antipyrine, médications inutiles.

Ce confrère, qui fait le coup de feu, ne serait-il pas à sa place dans le corps médical du régiment, pour le plus grand bien de tout le monde ? Il serait aussi bien à sa place que les musiciens employés comme infirmiers ou brancardiers. Qu'on le munisse de quelques instruments ou qu'il en fasse venir lui-même. C'est facile.

* * *

Je suis au front depuis le 9 août. Le hasard a voulu que je sois brancardier à mon régiment. J'ai été désigné comme ancien musicien plutôt qu'en raison de mon diplôme.

Dès les premières semaines de campagne, j'ai vu beaucoup d'hommes souffrir des dents. Le bruit s'étant répandu qu'un dentiste était au régiment, beaucoup vinrent me trouver. N'ayant aucun instrument dentaire, et désolé de ne pouvoir rendre des services aussi faciles, je fis une visite à un confrère de S... (mobilisé lui-même et ses services n'ont pas été utilisés), sa mère me remit quelques vieux instruments. Je reçus peu après, de mon excellent maître le Dr Roy, d'autres instruments grâce auxquels j'ai rendu des services presque journallement. Les instruments font partie du sac d'infirmier, et le major a pris l'habitude de m'adresser ceux qui à la visite se présentent souffrant des dents.

J'ai eu occasion, en 6 mois de guerre, d'extraire 3 dents de sagesse avec trismus complet. Ces hommes ne pouvaient s'alimenter depuis plusieurs jours — cette question a sa valeur à la guerre. Je passe sur les douleurs qu'ils supportaient. Voilà des hommes qu'on ne pouvait évacuer pour une cause semblable, alors que tant de blessés attendent des soins, et qu'on ne peut cependant abandonner à leur mal.

J'ai enlevé en moyenne une dent par jour pour causes diverses. J'ai ordonné souvent des comprimés d'aspirine pour cas de névralgie occasionnée par le froid ou par une grippe récente.

Après 6 mois, ma réputation est faite. J'ai une clientèle, dont je suis honorablement connu, et on vient me trouver.

* * *

Je citerai une anecdote. J'étais brancardier de service avec ma compagnie à un poste avancé, près d'une barricade, à 200 mètres de l'ennemi. J'étais dans mon trou, les balles ennemis passaient. — On m'interpelle. « Voudrais-tu m'enlever une dent ? Je souffre. » — Oui, mais je n'ai pas mes instruments, l'infirmérie

est loin et la nuit tombe. — « Tes outils, les voici, j'ai été les chercher... » C'était vrai. Il avait fait plusieurs kilomètres pour aller chercher mes instruments et était venu me trouver à ma compagnie. Et dans le soir tombant, je lui enlevai une prémolaire supérieure. Comme fauteuil, le talus de la route était tout indiqué. Je menai l'opération à bien. Quand j'eus fini, la nuit commençait, les balles passaient toujours au-dessus de nos têtes.

* * *

J'en conclus ceci. Il y a bien un millier de dentistes mobilisés. Beaucoup sont dans le rang, témoin ce confrère cité par *l'Echo de Paris*, simple soldat dans une compagnie. Le colonel, souffrant un jour, eut recours à lui. N'ayant pas de place vacante au service médical du régiment, le colonel le nomma son planton pour l'avoir à portée de sa main, pour lui-même et ceux qui avaient besoin de ses soins.

Il serait facile à l'autorité militaire de répartir nos confrères mobilisés de telle façon qu'il y en ait un par régiment — (et aussi un par hôpital) — et qu'il ait le poste, le titre et le grade de dentiste du régiment. Un grade pour lui, ne fût-ce que celui de caporal, ne serait qu'une juste reconnaissance des services qu'il peut rendre chaque jour, et une reconnaissance de la valeur des études qu'il a faites. Un dentiste par division c'est insuffisant. Nommez un dentiste par régiment, qu'on ne l'exempte pas pour cela du service d'infirmerie et d'assistance aux blessés. Pour mon propre compte, je ne demande pas à être dispensé de mon rôle qui est de ramasser les blessés. J'ai sauvé un certain nombre d'existences humaines. C'est une satisfaction. Que cette satisfaction soit accordée à tous nos confrères mobilisés, que leurs connaissances en médecine générale soient utilisées. Auprès des blessés, auprès des malades, auprès de ceux qui souffrent d'affections dentaires, le chirurgien-dentiste ferait de bonne besogne.

J. D.

**COMITÉ DE SECOURS AUX BLESSÉS
DES MAXILLAIRES ET DE LA FACE**

1^{re} LISTE DE SOUSCRIPTION

Souscriptions reçues du 5 août 1914 au 31 mars 1915.

M. Delattre (Martinier).	100	fr.	<i>Report</i>	2.780	fr.
M. Magub.....	20		M ^{me} la duchesse de Tal-		
M. Joseph Mendel.....	50		leyrant (Dr Godon)...	20	
M. A. Chateau.....	20		M. le Dr et M ^{me} Hirtz		
M. le Dr Hugenschmidt.	200		(Dr Godon).....	30	
M. R. Courcelle.....	20		M ^{me} L. Dreyfus (Dr Go-		
M. Laurian.....	10		don).....	20	
M. E. Guérin fils.....	10		M ^{me} M. Pépin (Dr Godon).	30	
M. Sorré Albert.....	20		M ^{me} Jaugeas	20	
M. Guillemin.....	20		M. X... (Martinier)....	5	
M. Chaboseau.....	15		M. Hilpert.....	100	
M. Raban, architecte..	20		M. Dr Younger.....	100	
M. le Dr Hayes.....	200		M. Tubiana.....	5	
M. Romieux.....	30		M. J. Lemière.....	10	
M. P. Martinier.....	40		M. A. Indjeyan.....	20	
M. J. Huguet.....	20		M. Carrié.....	20	
M. le Dr Roy.....	200		Société Anonyme Sciama		
M. H. Villain.....	20		(Viau).....	200	
M. Dachler (Martinier).	20		M. Duncombe.....	20	
M. Georges Viau.....	100		M. Bernier.....	10	
M. Louis Viau.....	50		M. Denis le Sève.....	20	
M. X... (Viau).....	70		M. Gravière.....	5	
M ^{me} Daunis.....	10		M. Mourani.....	5	
Mrs Reviron, Bugnet et			M. Allier	50	
Cognet	100		M. Cernéa.....	10	
M. le Dr Godon.....	100		M ^{me} Sommer.....	5	
M. Weishon.....	50		M. Borkowski.....	20	
M. X... (Martinier)....	40		M. Lanos.....	100	
M. André Saint (Dr Roy)	100		M. le Dr Stuhl.....	100	
M. Garay.....	50		M. Russe.....	20	
Ecole dentaire Laval à			M. Boissard.....	5	
Montréal	1.000		M ^{mes} Lagarrigue.....	10	
M ^{me} Jaworski (Dr Roy).	50		M. Lassagne	5	
M. Douhet.....	25		M. Doncetier de Donceul	20	
<i>A reporter</i>			<i>A reporter</i>	3.765	fr.

<i>Report</i>	3.765 fr.	<i>Report</i>	5.345 fr.
M. X... (Lelièvre fils)...	5	M. L. Wisner.....	100
M. Cottance.....	20	Souscriptions recueillies	
M ^{me} Galtier (Dr Roy)...	20	par le Journal « Le	
M. X... (Garay).....	50	Figaro» (M. d'Argent). 985	
M. Ch. Goudchaux (Viau)	200	M. le Dr Levett	20
M. le Dr Jenkins (Dr Go- don)	500	M. Raph. Lévy.....	20
M ^{me} Weicenblut.....	5	M. Bitar, au Caire.....	20
M. X... (Martinier)....	20	M. Gennesseaux.....	5
M. X., (Martinier)....	5	M. Vilbert (Martinier) ..	10
M. Ladoubée,.....	20	M. Chaillou.....	10
M. L. Navet.....	5	M ^{me} Proust (Kritchewski)	100
M. Priquet.....	10	M. X... (Jeay).....	240
M ^{me} Rosier	5	M ^{me} Comtesse de Fitz James (Dr Roy).....	50
M. Iseuring.....	20	Souscriptions recueillies	
M. Lebarbier.....	20	par M. d'Argent.....	1000
M. Lesourd	20	M. le Dr Mac Guffie...	10
M. Dugos.....	10	M. X... (d'Argent)....	100
M. le Dr Frøenkel.....	10	M. Germain.....	20
M. Heidé.....	100	M. Bardonnet.....	10
M. Buffard.....	100	M ^{me} Rosier.....	5
M. Hertz (Kritchewski).	20	M. Dr Guye, de Genève.	20
M. Gommess —	10	M. Holl	5
M. Spargard	5	M. Harwood	100
Femmes de France, hô- pital rue d'Ulm.....	20	M. Trallero, de Barcelone.	20
M ^{mes} Levy et Blum (Krit- chewski).....	10	M. X... (Mac Guffie)...	7
M. Baudelot	50	M. Vignot	50
M. Charpentier.....	20	M. Lehmans	10
M. Regad	20	M ^{me} Comtesse de Fitz- James (Dr Roy).....	100
M. Craemer.....	20	M. Jacobson	10
M. Solelhac.....	40	M. Kaminert	10
M. Guérard.....	5	M. Schwabsky	20
M ^{me} Polowtsoff (Dr Roy).	60	M. de Coppet (Viau)...	50
M. Schuhl (Kritchewski)	10	M. et M ^{me} Adrien Ruelle.	10
M. Fouquez.....	25	M. X... (Jeay).....	40
M ^{me} Gorodiche (Kritche- wski)	20	M. X... —	50
M ^{me} Comtesse de Fitz James (Dr Roy).....	100	M. Ribard	50
		M. Larive	10
		M. Lepetit (Pélissier) ..	5
		M. X... (Viau).....	72
<i>A reporter</i>	5.345 fr.	<i>A reporter</i>	8.689 fr.

	Report.....	8.689 fr.	Report.....	9.609 fr.
M ^{me} Robert Monod (Kritchewski).....	10		M. Péliissier.....	10
M. L. Bioux.....	30		M. Gaignon.....	5
M. Charbonneau (Reims).....	500		M ^{me} A. Prisch.....	20
M. X... (Jeay).....	20		M ^{me} Kermina (D ^r Roy).....	50
M. Frandon.....	5		M. Touvet-Fanton.....	20
M. Limagne.....	20		M ^{me} Ephrussi.....	200
M. A. Benoist.....	10		M. Lenfant.....	10
M. X... (Devauchelle).....	20		M. X... (Les Débats)...	50
M. Bourolleau.....	30		M ^{me} Duperray (Les Débats).....	20
Anonymous.....	5		M. Oursel (Les Débats).....	20
M. de Perrfentieff.....	5		M. Chaveyrin.....	20
M. de Vibraye.....	20		M. X... (Tcherniakoff)...	10
M. Duz.....	125		M ^{me} la Marquise de Vilahermosa (Viau)....	300
M ^{me} Lefèvre.....	100		M. Roman (Modé)....	100
M. Henri Marcel.....	20			
<i>A reporter.....</i>		9.609 fr.	Total au 31 mars 1915.	10.444 fr.

NÉCROLOGIE

Georges Grimaud

Nous apprenons le décès de notre confrère, M. Georges Grimaud, professeur de dentisterie opératoire à l'Ecole odonto-technique, survenu à Bordeaux, le 27 décembre 1914. Il avait été président de la Société Odontologique de France et directeur de la Revue générale de l'art dentaire.

Sa santé, très chancelante depuis quelques années, l'avait obligé à quitter l'enseignement. Il avait beaucoup d'esprit et de vivacité et réunissait beaucoup de sympathies autour de lui.

Morts au champ d'honneur

On annonce la mort de nos confrères, M. Goubet Henri, caporal au 346^e d'infanterie, tué le 23 août à Lérouville ; M. Piednoir, tué le même jour, dans la même action ; M. Goupil des Pallières, tué le 23 octobre à Tracy-le-Mont.

Nous avons le regret d'apprendre la mort, à l'âge de 64 ans, de M. Pierre Teisset, père de notre confrère M. Teisset, membre de l'A. G. S. D. F., et démonstrateur à l'E. D. P., décédé le 26 février à Neuilly-s.-Seine. Il avait fait la campagne de 1870-1871.

Nous adressons à notre confrère et à toute sa famille nos très sincères condoléances.

NOUVELLES

Exposition du Panama-Pacifique

Le Comité d'organisation du Congrès du Panama-Pacifique, qui se tiendra à San-Francisco du 30 août au 9 septembre 1915, prépare pour la durée du Congrès une exposition comprenant les méthodes d'enseignement en usage dans les écoles dentaires et les travaux des élèves de ces écoles.

Le Conseil d'administration de la Société de l'Ecole et du Dispensaire dentaire de Paris a décidé la participation de l'Ecole à cette manifestation professionnelle.

Congrès du Panama-Pacifique.

Rappelons à nos confrères que ce Congrès aura lieu à San-Francisco (Californie, Etats-Unis d'Amérique) du 30 août au 9 septembre 1915. Ceux qui seraient désireux d'y faire des communications ou des démonstrations sont priés d'en informer sans délai le Comité national français en indiquant les titres de ces travaux.

Le Président, CH. GODON.

Une extraction sous la mitraille

Sir Douglas Haig, qui vient d'être nommé général dans l'armée anglaise et possède une réputation légendaire de froide témérité, a été, lors des batailles de la Marne, le héros d'une aventure qui mérite d'être rapportée.

Il fut subitement pris un matin d'une terrible rage de dents. En hâte, on télégraphia à Paris à un dentiste, auquel seul il voulait confier sa mâchoire, et le praticien partit sans retard.

L'automobile qui le conduisait atteignit les lignes de feu. Trois obus vinrent successivement l'endommager et une marmite, finalement, lui brisa une roue: la boîte à instruments du dentiste fut projetée au loin et on eut toute les peines du monde à la retrouver.

Après une longue marche à pied l'opérateur parvint enfin au quartier général de Sir Douglas Haig, non sans avoir été à plusieurs reprises pris pour un espion et interrogé en conséquence. Il trouva l'officier, quoique souffrant, en train de déjeuner, impossible au milieu des obus qui pleuvaient, et c'est sous la mitraille, dans le bruit assourdissant des canons, qu'il enleva, d'une main un peu moins ferme que d'habitude, la dent mauvaise.

(La Chronique médicale, 15 mars.)

Renseignements sur les sociétaires, confrères et élèves mobilisés.

Nous continuons de publier tous les renseignements qui nous sont parvenus sur les sociétaires, membres du corps enseignant, élèves et confrères mobilisés. Nous serions reconnaissants à nos lecteurs de nous adresser toutes informations touchant leurs affectations, le lieu de leur stationnement, ainsi que sur les confrères auxquels le présent numéro ne peut parvenir ou qui sont hors d'état de les fournir eux-mêmes.

La Rédaction.

Bargelès (de Bayonne), sergent brancardier au 249^e d'infanterie. Beauregard, 43^e bataill. de chass. à pied S. H. R., sect. post. 121. Chameau, sous-lieutenant, 17^e d'artillerie, 6^e S. M. A., secteur 36. V. Cagnoli, infirmier, convois automobiles, 281 T. M., par Paris. Demarquette, cité à l'ordre du jour le 2 novembre, prisonnier à Güstrow.

Daunis-Touquet, brancardier, 267^e régiment d'infanterie, 5^e bataillon, 69^e division de réserve, secteur postal 103.

Duret (Dr) de Châtillon-en-Bazois, médecin-chef de l'hôpital temporaire n° 59, Fourchambault (Nièvre).

Demortier (Paul), 4^e de ligne, 3^e bataillon, 2^e C^{ie}, 1^{re} division de l'armée belge.

Fournier, élève de 2^e année, élève sous-officier, 162^e régiment d'infanterie, 4^e C^{ie}, camp de la Courtine (Creuse).

Gouthière, chirurg.-dentiste, hôpital temporaire n° 11, Orléans.

Gennesseaux, sous-officier-dentiste, 48^e régiment territorial d'infanterie, C. H. R., par Verdun.

Gody (Jean), chirurgien-dent., 28^e division, 14^e corps d'armée.

Guilbeau (de Bayonne), caporal infirmier au 249^e d'infanterie.

Housset (P.), caporal infirmier, 260^e d'infanterie, 6^e bataillon, 23^e C^{ie}, secteur postal 42.

Huguet (Georges), caporal, ambulance 9, 21^e corps.

Isnard, hôpital 28, Vernon (Eure).

Jacops, infirmier, section d'hospitalisation, formation sanitaire du corps colonial, quartier général, secteur 11.

Long (Honoré), soldat au 61^e d'inf., 32^e C^{ie}, Chomérac (Ardèche).

Loynel (Maurice), sous-officier, ambulance 9, 21^e corps.

Maudry, sergent, 34^e d'infant. territor., 9^e C^{ie}, secteur postal 136.

Marx, élève de 3^e année, engagé volontaire, blessé une seconde fois à l'attaque de Vauquois, le 8 décembre, cuisse fracturée, en traitement à l'Hôpital St-Joseph, à Dijon.

Mercadier, infirmier à la 17^e section, dentiste du camp d'instruction, hôpital 16, Castelsarrazin (Tarn-et-Garonne).

Mouton, caporal, 1^{re} ambulance, secteur postal 34.

Payot, officier de santé, Calais.
Poggioli (Félix), 361^e d'infanterie, C. H. R., secteur postal 133.
Richard, médecin auxiliaire, 4^e régiment du génie, C^{le} 27/2, secteur postal 101.

Sauvanet (Emile), caporal infirmier, 7^e ambulance, sect. post. 64.
Wallis-Davy, brancardier, 218^e d'infanterie, 23^e C^{le}, secteur postal 153.

Waechter, élève de 3^e année, blessé, le 20 février (au pied gauche) à Perthes en portant secours à son caporal, 124^e régim. d'inf.

Nota. — Au moment de mettre sous presse il nous est parvenu de nouvelles indications que nous donnerons dans notre prochain numéro.

Dispensaire dentaire libre de Londres.

Notre confrère M. Georges Field, de Londres, qui a organisé un Dispensaire dentaire libre pour les recrues, les soldats, les marins et les blessés, a pendant les 4 derniers mois fait les interventions suivantes :

675 dentiers ont été posés.
3050 opérations, y compris extractions et obturations.
315 anesthésies générales.
375 anesthésies locales.

Les sujets traités lui ont été envoyés principalement par l'Amirauté, les hôpitaux dentaires, les bureaux de recrutement, des officiers de troupes régulières, de l'armée territoriale et de la réserve nationale.

Livre reçu.

Nous avons reçu une brochure de 7 pages en italien intitulée *Helminthiase de la glande sous-maxillaire*, due au Dr Poggio Poggi, de Savone.

DERNIÈRE HEURE

Lorsque le bon à tirer de ce numéro est donné nous apprenons avec le plus vif regret la mort de notre excellent confrère M. Alfred Ronnet, snrvenue le 25 mars, à l'âge de 72 ans.

M. Ronnet a joué dans notre vie professionnelle et l'histoire de nos sociétés un rôle important, que nous ne pouvons aborder aujourd'hui. Nous y reviendrons dans notre prochain numéro.

Nous adressons à sa famille nos condoléances les plus vives et l'assurance de toute notre sympathie.

L'ODONTOLOGIE

TRAVAUX ORIGINAUX

TRAITEMENT DES FRACTURES DU MAXILLAIRE INFÉRIEUR

PAR MM. P. MARTINIER ET G. LEMERLE

Professeurs à l'Ecole dentaire de Paris

(*Suite et fin¹*)

CHAPITRE VI

Conclusions générales sur le traitement des fractures du maxillaire inférieur

Après cette longue revue des nombreuses méthodes successivement préconisées pour le traitement des fractures du maxillaire inférieur, il convient de nous poser la question suivante : en présence d'un cas de fracture du maxillaire inférieur, quelle est aujourd'hui la conduite à tenir ? La réponse à cette question constituera la conclusion de notre étude.

Au risque de nous répéter, revoyons donc rapidement les traitements qui s'offrent à notre choix.

1^o *Les bandages et les frondes* employés seuls sont insuffisants pour le maintien de la réduction et ne peuvent être que des moyens d'immobilisation provisoires. Associés au port d'une attelle dentaire, ils constituent pour ces appa-

1. V. *Odontologie* des 30 janvier, 28 février et 30 mars 1915. Extrait du volume *Prothèse restauratrice bucco-faciale* de la collection du Manuel du chirurgien-dentiste.

reils un adjuant très utile, mais pas toujours indispensable.

2° *La suture osseuse et la ligature des fragments* sont des opérations septiques plaçant des corps étrangers au niveau d'un foyer de fracture ouverte. Elles peuvent obtenir la continuité de l'os, mais sont incapables d'assurer la conservation de l'articulation inter-dentaire qu'elles ignorent, et par conséquent d'obtenir une bonne guérison fonctionnelle.

3° *Les appareils à double attelle non construits sur un moulage reconstitué* de l'arcade dentaire sont également incapables d'assurer cette guérison fonctionnelle.

4° *Les appareils à double attelle construits d'après un moulage corrigé* peuvent assurer cette guérison et jusqu'à ces dernières années ils constituaient le traitement de choix des fractures du maxillaire inférieur.

5° *Les appareils à simple attelle construits d'après un moulage corrigé* sont moins gênants pour les malades que ceux à double attelle. Ils ne peuvent avoir toute leur valeur qu'en raison de la solidité dans leur procédé de fixation sur l'arcade dentaire. Le meilleur de ces procédés est le scellement sur les dents de gouttières métalliques à l'aide de ciment.

6° *La « méthode des coins » de Cl. Martin* a fait faire au traitement des fractures du maxillaire inférieur d'immenses progrès. Cl. Martin a montré les avantages du massage et de la mobilisation pour faire cesser la contracture musculaire, principal obstacle à la réduction.

Etudiant la physiologie pathologique de cas de fractures les plus divers, il a montré quel usage merveilleux on pouvait faire des coins inter-maxillaires pour abaisser certains fragments, en y associant le port d'une attelle dentaire.

Nous pensons qu'aujourd'hui le meilleur traitement est celui qui associe les méthodes de réduction de Cl. Martin à la méthode d'immobilisation par les gouttières scellées, la fracture une fois réduite.

En présence d'un cas de fracture du maxillaire inférieur (soit par exemple un seul trait passant entre la 3^e et la 2^e grosse molaire) on devra tenir la conduite suivante :

1^o Il faut assurer une bonne antisepsie du milieu buccal qui se trouve en rapport avec le foyer d'une fracture ouverte. Pour cela on fera exécuter très fréquemment des lavages de bouche très abondants à l'aide d'un bock et d'une canule en verre. « On se servira utilement pour cela soit d'eau bouillie, soit mieux d'une solution de chloral à 1/200, de naphtol β à 0,40 p. 1000 ou d'iode ; nous obtenons couramment, dit Ombrédanne, des résultats excellents en prescrivant une solution qu'on prépare en ajoutant CL ou CC gouttes de teinture d'iode à 1 litre d'eau froide, filtrée ou bouillie préalablement ¹ ».

Souvent la constriction des mâchoires, consécutive à la fracture, constituera une difficulté pour pratiquer les lavages. On devra, dans ce cas, se servir du vestibule de la bouche et du hiatus qui existe entre la dernière molaire et la branche montante du maxillaire inférieur pour introduire la canule de l'irrigateur, s'il n'existe pas de vide aux parties antérieures et latérales, provoqué par l'absence d'une ou de plusieurs dents.

2^o Il faut réduire la fracture, ce qui n'est pas toujours facile lorsqu'elle offre de grands déplacements.

En ce cas on utilisera la méthode de Cl. Martin ; par le massage et la mobilisation on fera céder la contracture musculaire, et le port de coins inter-maxillaires judicieusement placés aidera à la réduction.

Ces coins pourront être constitués d'une façon très simple et à la fois très pratique à l'aide de bouchons de liège, de taille convenable et préalablement taillés en biseau à l'une de leurs extrémités. Il est prudent d'y fixer un fil qui, ressortant par l'orifice buccal, permet de les retirer avec facilité en même temps qu'il s'oppose à un glissement accidentel vers le pharynx. Ces coins pourront également être construits en caoutchouc mou. En tous cas ils ne devront jamais être fabriqués en vulcanite ni d'une manière générale avec une substance non compressible.

1. OMBRÉDANNE. Nouveau traité de Chirurgie de LE DENTU et DELDET, fascicule XVI. Maladies des mâchoires, p. 16.

Les coins intermaxillaires sont forcés entre les arcades au niveau indiqué par la nature du déplacement des fragments et ils trouvent dans la contracture qu'ils sont chargés de combattre leur unique moyen de rétention.

3° Lorsque la contracture musculaire, principal facteur du déplacement des fragments, sera atténuée, on prendra un moulage des arcades ; celui de l'arcade inférieure sera ramené à une occlusion normale et sur ce dernier on construira une gouttière, de préférence en métal coulé à cire perdue.

4° Les fragments étant devenus facilement réductibles, la gouttière dentaire sera scellée solidement au ciment, et grâce à son absolue fixité, la réduction de la fracture sera ainsi maintenue sans qu'il soit nécessaire, dans la plupart des cas, de recourir à l'aide d'une fronde caoutchoutée.

On aura ainsi appliqué un traitement très simple, réduisant au minimum la gêne imposée au malade et assurant des résultats parfaits.

Nous pensons que c'est là le meilleur mode de traitement de tous les cas de fracture du maxillaire inférieur, où il est possible de l'appliquer, et ce sont les plus fréquents.

Nous avons indiqué plus haut les cas de fractures de maxillaires partiellement ou totalement édentés et les modifications qu'il convenait d'apporter à la gouttière, qui doit alors être toujours en caoutchouc vulcanisé et naturellement non scellée. Dans l'unique cas où il faut imposer au malade l'attitude bouche fermée (11^e cas de Cl. Martin), le port d'une fronde caoutchoutée est tout indiqué.

Mentionnons enfin les cas de déviation des fragments nécessitant le port d'un appareil à traction élastique. Nous avons décrit ces appareils ; ajoutons qu'ils peuvent rendre les plus grands services dans certaines fractures tardivement traitées, et où le déplacement des fragments se trouve maintenu par des adhérences fibreuses.

La traction élastique les fait céder rapidement et permet d'obtenir une bonne réduction.

I. Durée du traitement. — Il est prudent de laisser la

gouttière en place assez longtemps, une quinzaine de jours environ après que la consolidation semble assurée.

Le temps exigé pour la consolidation est assez variable.

Cl. Martin donne les chiffres suivants :

De 20 à 30 jours	8 cas
De 30 à 40 —	6 —
De 40 à 50 —	5 —
De 50 à 60 —	4 —

Notre expérience personnelle nous a appris que la durée moyenne paraît être de 30 à 40 jours.

Parfois la consolidation est retardée par un travail d'ostéite qui se produit au niveau du foyer de fracture infecté. Il se produit alors un ou plusieurs abcès, qui semblent toujours évaluer du côté du vestibule — nous ne les avons jamais vus se faire jour du côté buccal — Un ou plusieurs séquestres sont éliminés; lorsque le stylet explorateur révèle leur présence sous la muqueuse, on devra les enlever si on a reconnu leur mobilité. L'incision des abcès, l'ablation des petits séquestres, le lavage du foyer, doivent se faire naturellement sans toucher à la gouttière scellée, qui ne doit être enlevée qu'après la consolidation.

Sur 16 cas de fractures nous n'avons observé que trois fois la formation d'abcès et l'élimination de petits séquestres; ces incidents se sont placés toujours aux environs du vingtième jour après le scellement de la gouttière.

II. Considérations sur certaines complications secondaires des fractures du maxillaire inférieur. — Les fractures par coup de feu peuvent aboutir à des pertes de substances étendues du maxillaire.

Dans d'autres cas exceptionnels, l'infection du foyer de la fracture peut entraîner la nécrose étendue de l'extrémité des fragments et aboutir à la formation de grands séquestres intéressant les deux tables de l'os sur toute leur hauteur et sur une longueur qui peut atteindre plusieurs centimètres.

Il en résulte un véritable raccourcissement de l'arc man-

dibulaire. On se trouve en pareil cas devant le dilemme suivant: ou bien rechercher la consolidation en assurant la coaptation des fragments après l'élimination des séquestrés, c'est-à-dire assurer la continuité de l'os en détruisant l'articulation inter-dentaire ; ou bien conserver l'articulation en renonçant à la consolidation de la fracture. C'est à ce dernier parti que nous nous rangeons et nous partageons pleinement à ce sujet l'opinion de Mahé. En effet nous ne pouvons considérer comme une guérison la consolidation d'une fracture obtenue avec un raccourcissement tel que le contact inter-dentaire est supprimé, le maxillaire est rétabli dans sa continuité, mais le malade ne peut plus mastiquer; une pseudarthrose lui serait infiniment plus utile.

La prothèse immédiate peut rendre en pareil cas les plus grands services.

Après une perte de substance entraînant le raccourcissement de l'arc mandibulaire, les fragments devraient être régularisés et le malade traité comme s'il avait subi une résection partielle du maxillaire inférieur.

Un bloc de caoutchouc vulcanisé fixé dans la plaie évite la rétraction cicatricielle (prothèse immédiate). Lorsque l'épidermisation de la plaie est terminée, ce bloc de caoutchouc est enlevé et cède la place à un appareil dentaire ordinaire mobile (prothèse tardive) dont la base assure la continuité du maxillaire en remplissant la cavité laissée par la portion d'os perdue. Dès lors le patient possède une articulation inter-dentaire intacte. Cette guérison fonctionnelle n'est-elle pas préférable à la guérison anatomique puisque, dans un pareil cas, la consolidation assure la perte de la fonction.

Malheureusement les ressources de la prothèse sont encore inconnues de beaucoup de chirurgiens.

La prothèse immédiate n'est pas encore de nos jours considérée par tous comme le complément indispensable de toute résection du maxillaire. Dans les cas de perte de substance par fracture, elle n'a jamais été appliquée jusqu'à présent — à notre connaissance du moins. On confond en

effet la prothèse immédiate et la prothèse interne et certains chirurgiens qui préconisent la suture parlent de l'élimination certaine tôt ou tard des appareils de prothèse immédiate et de leur insuccès ; ils ignorent que la prothèse immédiate est une prothèse-externe, essentiellement provisoire, qui n'escompte nullement la tolérance des tissus et qu'elle est précisément faite pour être enlevée au bout de quelques semaines, afin de faire place à la prothèse tardive, son rôle se bornant à prévenir la rétraction cicatricielle.

REVUE ANALYTIQUE

Fractures du maxillaire inférieur causées par les armes à feu et leur traitement (Etude du rôle du dentiste en cas de guerre).

L'auteur commence par décrire les différentes sortes de fractures causées par les projectiles anciens et nouveaux.

Le dentiste doit être affecté aux hôpitaux de guerre, où il exécutera sa principale tâche. En cas de besoin, il peut être appelé téléphoniquement ou télégraphiquement sur le front — dans les ambulances régimentaires — pour prêter son aide au chirurgien.

L'auteur décrit l'attelle de Port, celle employée par les Japonais pendant la guerre russo-japonaise, l'attelle d'urgence de Sauer. — Il reproche à la première d'être compliquée et longue à confectionner ; à la seconde, de favoriser la nécrose et de gêner le processus de guérison ; à la troisième, d'être difficile à poser et de n'être applicable qu'aux fractures de la partie médiane du maxillaire. Il recommande, lorsqu'il reste des dents dans le maxillaire, l'emploi de l'attelle de Sauer modifiée par lui pour en faciliter la pose et la rendre applicable à tous les cas.

Cette attelle offre le grand avantage de se composer d'éléments qui peuvent être tenus en réserve (arc de fil de métal, bagues de molaires, etc.), et de ne pas nécessiter de prise d'empreinte. L'auteur en fait une description détaillée et en donne le mode d'emploi. Pour les fractures situées entre les dernières dents ou derrière les arcades dentaires, on emploiera l'arc de métal avec le plan incliné, la glissière ou encore les élastiques ou ressorts tendus entre les deux maxillaires. Ces accessoires peuvent également être tenus en réserve dans les différentes formes. Suit une description de l'emploi.

Quand il s'agit d'un maxillaire complètement édenté ou dont les dents n'offrent pas un ancrage suffisant, l'os même doit servir à la fixation de l'appareil de contention qui, naturellement, ne peut plus affecter la forme d'un arc de métal. Lorsque la double suture osseuse n'est pas applicable, on emploiera l'attelle d'aluminium fixée au maxillaire du côté lingual par des ligatures. On peut également avoir ces attelles en réserve. Elles ont la forme de la face interne du maxillaire et on en scie, suivant le cas, une partie plus ou moins grande qui s'adapte facilement au maxillaire fracturé. Après résection étendue ou désarticulation, l'auteur donne la préférence aux prothèses en caoutchouc durci.

L'auteur a composé l'instrumentation suivante, permettant d'immobiliser toute fracture du maxillaire portant des dents, sans grand travail préliminaire :

1. — Deux pinces courbées à ligatures. Elles servent principale-

ment à passer le fil à ligatures à travers les espaces interproximaux. Elles peuvent être employées aussi pour le serrage des écrous des bagues d'ancre. Des clefs spéciales sont prévues, il est vrai, pour cet usage.

2. — Une pince droite à ligature, pour le serrage de ces dernières.
3. — Une pince à contours, pour la mise en forme des bagues d'ancre, afin qu'elles s'adaptent aussi exactement que possible aux couronnes et pour éviter un glissement des bagues vers en haut ou vers en bas.
4. — Une cisaille pointue courbée à couronnes, pour le contournage des bandes d'ancre.
5. — Un petit porte-scie à manche démontable et des lames convenables.
6. — Un petit trépan à archet avec différents forets, tout en métal.
7. — Une lime à caoutchouc et une lime à métal avec manche démontable en métal.
8. — Une scie à séparer.
9. — Une forte paire de précelles.
10. — Une paire de précelles ordinaire (deux miroirs).
11. — Une douzaine de porte-empreintes.
12. — Des arcs de fixation en métal.
13. — Des bagues d'ancre en huit grandeurs différentes, d'un périmètre de 18, 20, 22, 24, 28, 30, 32, 34 m/m.
14. — Des plans inclinés de deux formes différentes (étroits et larges).
15. — Des attelles-glissières.
16. — Des boutons mobiles sur l'arc métallique avec tige courte et longue.
17. — Des ressorts de trois longueurs et forces différentes de 0,25, 0,30, 0,40 ; une demi-douzaine de chaque genre.
18. — Des élastiques en trois dimensions.
19. — Des attelles en aluminium.
20. — Trois prothèses en caoutchouc durci.
21. — Du fil à ligatures en bronze d'aluminium de trois grosseurs. Les grosseurs 1 et 2 servent à la fixation de l'arc de métal sur les dents et la grosseur 3 à la fixation des attelles d'aluminium et de caoutchouc durci à l'os.
22. — De la pâte à souder.

H. SCHRÖDER, *Correspondenz-Blatt für Zahnärzte et Laboratoire*, 25 mai 1914.

Kyste dentaire intrasinusien.

M. Julliard présente les radiographies de ce kyste très volumineux observé chez une jeune fille atteinte de troubles digestifs.

Elle s'était aperçue, il y a quelques mois, de l'apparition dans sa joue droite d'une tuméfaction tout à fait indolore ; elle souffrait seulement de quelques névralgies dentaires. La tuméfaction finit par remplir une partie du vestibule latéral supérieur de la bouche. Une pre-

mière radiographie prise latéralement, selon la méthode usuelle, ne fournit pas d'indications utiles. M. Julliard fit alors une radiographie par la méthode de Bellot, avec émulsion intrabuccale et projection verticale, qui démontre très nettement la présence d'un kyste situé dans la fosse canine droite, au-dessus du rebord alvéolaire.

A l'opération, qui eut lieu en novembre 1913, la joue fut décollée sans aucune difficulté et l'accès sur le kyste fut ainsi préparé. La paroi de celui-ci, très mince, tendue, était incrustée de petites plaques osseuses irrégulières, provenant de la table externe du maxillaire supérieur, dissociée. Elle fut effondrée aux ciseaux. Il s'échappa une certaine quantité de liquide citrin, limpide. On fit un curetage et un tamponnement qui fut laissé en place pendant deux semaines. La cavité du kyste était considérable pour la région. Elle avait envahi la totalité du sinus maxillaire et mesurait 6 à 7 cm. de diamètre. Elle ne communiquait pas avec les fosses nasales. Il s'agissait donc bien d'un volumineux kyste dentaire, radiculaire, intrasinusien¹. De nouveaux essais pratiqués plus tard au moyen d'injections de bleu de méthylène et d'eau oxygénée sous pression, ne révélèrent aucune communication de la cavité avec le nez.

Après fermeture de la plaie, il se produisit de nouveau du liquide dans le kyste. On pratiqua alors l'extirpation de la dent cariée et on établit ainsi une communication entre le kyste et la bouche, ce qui permit d'assurer un drainage plus efficace. L'alvéole fut provisoirement fermée par une pièce de prothèse destinée à empêcher le passage des aliments. La guérison fut rapide (un mois) et complète.

Ce cas présente de l'intérêt, étant donné le volume du kyste et la facilité du drainage par l'alvéole ; il démontre, en outre, l'utilité des émulsions intrabuccales pour la radiographie des maxillaires.

(*Soc. méd. de Genève*, 12 mars 1914.

Action des anesthésiques sur le sang.

Il n'est pas sans importance de comparer l'action des différents anesthésiques sur le nombre et le pourcentage des leucocytes. De préférence, on doit rechercher l'anesthésique qui donne le moindre retentissement sur l'état des leucocytes. Car soit leucocytose, soit leucolyse, un processus peut ne pas être sans inconvénient. La leucocytose traduit en effet la réaction de l'organisme contre l'intoxication ; la leucolyse, la destruction massive des leucocytes par le poison.

M. Léon Perrier (Paris 1914) vient de publier sur ce sujet une très remarquable étude. Il constate que les anesthésiques généraux augmentent *le nombre des leucocytes* et que la leucocytose est plus forte après anesthésie à l'éther qu'après anesthésie au chloroforme ; l'hypoleucocytose constatée se traduit le plus souvent par de la polynucléose.

1. La non communication du kyste avec les fosses nasales est au contraire une preuve que le kyste n'était pas intra-sinusien mais avait simplement refoulé la paroi externe du sinus contre sa paroi interne comme cela se produit habituellement dans les kystes uniloculaires un peu volumineux qui réduisent la cavité sinusienne à une cavité virtuelle par une sorte d'accollement des parois de celui-ci. M. R.

La cocaïne est *le seul* anesthésique local augmentant *le nombre des globules blancs*.

La leucocytose qui apparaît dès la première anesthésie, ne relève pas d'une anaphylaxie indirecte, mais elle semble le fait probablement des destructions albumineuses et de l'intoxication.

L'action n'est pas seulement leucocytaire, elle peut intéresser les globules rouges. Mais de tous les anesthésiques, seule la cocaïne agit sur *les globules rouges* en diminuant leur nombre.

Le taux de l'hémoglobine diminue d'une façon générale, quel que soit l'anesthésique, mais cependant moins avec l'anesthésie locale qu'avec l'anesthésie générale.

Ce n'est pas tout. Les anesthésiques généraux amènent une chute considérable de l'activité leucocytaire et de la *résistance globulaire*, alors que les anesthésiques locaux ne font que diminuer l'activité leucocytaire et ne modifient nullement la résistance globulaire.

La novocaine et la novocaine-adrénaline ne modifient pas sensiblement le nombre des leucocytes et touchent très peu à l'équilibre leucocytaire. Ce seront donc les anesthésiques de choix, ceux en tout cas qui paraissent les plus inoffensifs.

(*Journal des Praticiens*, 11 juillet 1914.)

Anesthésie de la mâchoire inférieure.

L'auteur considère la voie sous-maxillaire comme la seule permettant d'obtenir sûrement l'anesthésie du nerf dentaire inférieur. Voici le détail de son procédé :

L'infection préalable de la peau à l'alcool éther, ou à la teinture d'iode. La tête est fortement étendue et inclinée vers l'épaule opposée. On pique une aiguille de 6 centimètres un peu au dedans et en avant de l'angle de la mâchoire, et on l'enfonce au contact de la face interne de la branche montant parallèlement à son bord postérieur et à 1 centimètre en avant de lui.

Après un trajet de 4 centimètres 1/2 la poudre touche le nerf, ce qui provoque un élancement dans les dents. On immobilise aussitôt l'aiguille d'une main, tandis que l'autre y adapte rapidement la seringue. L'effet anesthésique peut être instantanée ou se faire attendre de deux à cinq minutes. L'anesthésie dure de une heure 1/2 à deux heures, et s'étend à la langue. Sur plus de 80 cas, l'auteur n'a observé qu'un échec dû à une faute de technique.

(R. DAVIS, *Presse médicale belge*.)

Morts chez le dentiste.

M. Georges Montagu Worthington, 65 ans, ancien avocat, se présente chez M. Gardner, dentiste à Londres, pour se faire extraire des dents sous anesthésie, après avoir été examiné par un spécialiste qui avait certifié qu'il pouvait supporter l'anesthésie. Celle-ci fut faite avec le protoxyde d'azote additionné d'oxygène, et l'opérateur l'avait administrée plus de 30.000 fois sans accident. Après l'avulsion de trois dents, le patient fit une profonde expiration, au lieu d'une inspiration et mourut.

L'autopsie révéla que la mort était due à une angine de poitrine, que l'anesthésie n'y avait nullement contribué, mais que la température froide avait joué un rôle dans l'occurrence.

A la suite d'enquête le jury rendit un verdict prononçant que la mort était due à un accident.

**

M. Hugues Murphy, employé de chemin de fer, se présenta le 18 mai 1912, chez M. R., dentiste à Glasgow, pour se faire extraire une dent. L'opérateur fut d'avis d'obturer la dent et il la pansa d'abord en injectant une substance propre à tuer le nerf de la dent. Après plusieurs visites, le 8 juin l'opérateur dit au patient qu'il allait mettre un pansement plus fort, ce qu'il fit.

Le patient en éprouva une grande douleur et vit sa santé ébranlée pour un temps fort long. Il intenta une action au dentiste qui fut condamné par le tribunal à 2.500 fr. de dommages-intérêts et aux frais.

**

Mme Margaret Green, 46 ans, de Henley-on-Thames, se présenta chez un dentiste de cette ville pratiquant en vertu des dispositions transitoires de la loi, et qui, pour lui faire l'extraction de plusieurs dents, lui appliqua sur la gencive un anesthésique local consistant en une solution forte de cocaïne, d'adrénaline et d'eau. Après l'extraction, la patiente allait fort bien ; plus tard elle était sans connaissance et mourut le lendemain matin de bonne heure.

Une enquête fut faite et le médecin de la défunte déclara que celle-ci était cardiaque et qu'il avait été imprudent de lui donner une forte dose de cocaïne et de lui enlever tant de dents en une séance.

Le jury rendit un verdict de mort accidentelle censurant vivement le praticien d'avoir administré une dose de cocaïne aussi forte sans avoir le diplôme voulu.

(*Dent. Record.*)

L'obturation des dents avec des substances combinées.

L'auteur soutient que, malgré les grands perfectionnements, les différentes substances ne répondent pas encore aujourd'hui aux qualités que doit posséder une substance obturatrice en ce qui concerne la conservation de la dent et le bien-être du patient ; toutes les substances obturatrices connues, à côté de grands avantages, présentent aussi des inconvénients qui rendent leurs indications difficiles et occasionnent des insuccès.

La combinaison de plusieurs substances nous permet de supprimer les défauts des deux substances et de développer leurs bonnes qualités, de sorte que les nouvelles méthodes d'obturations combinées sont presque idéales. Tels sont : l'inlay or et porcelaine, l'obturation d'amalgame doublée (précédée d'un revêtement de la cavité avec du ciment) et l'obturation au silicate avec base de feuille d'or.

(*Deutsche Monatsschrift für Zahnheilkunde*).

RÉUNIONS ET CONGRÈS

FÉDÉRATION DENTAIRE INTERNATIONALE

Session de Londres 1914.

La F. D. I. a tenu sa session annuelle à l'Université de Londres le 3 août. Après l'Assemblée générale d'ouverture, présidée par le vice-recteur et comprenant 40 membres représentant 15 nations différentes, le Conseil exécutif s'est réuni sous la présidence de M. Paterson, président.

En raison des événements le Conseil a décidé d'ajourner l'attribution du prix Miller.

M. Aguilar a été chargé de remettre, lors de son retour d'Angleterre en Espagne, la médaille de ce prix au Dr Godon pour compléter l'attribution qui lui en a été faite en 1913.

Le Conseil a chargé une sous-commission d'examiner le projet de modification du règlement.

Le Conseil, après avoir ajourné tout d'abord l'examen de la question du siège du prochain Congrès dentaire international, a décidé qu'il se tiendra en Espagne, à Madrid.

Il a décidé de faire traduire avec le plus grand soin en français, allemand et espagnol les clauses du Règlement de la F. D. I. en vue des modifications à y apporter.

Il a été donné lecture du rapport de la Commission d'enseignement concluant à ce qu'il ne soit pas établi pour le moment de proportion entre les connaissances générales en odontologie et les exercices pratiques.

Une deuxième réunion du Conseil exécutif s'est tenue le 6 août.

Le trésorier du prix Miller, M. Aguilar, a rendu compte du montant du fonds à la suite des souscriptions nouvelles qu'il a reçues.

Deux nouvelles sociétés ont été admises dans la F. D. I.

* *

Dans l'Assemblée générale qui a suivi, le Dr Brophy a été élu président du Conseil exécutif ; M. Aguilar, secrétaire général ; M. Rosenthal, trésorier ; MM. M. Guye, Van der Hoeven, Burthon Lee Thorpe, G. Villain, Landete, secrétaires-adjoints ; Mummery, Roy, Schaeffer-Stuckert, Jessen, Guy, Burckhardt, Weiser, Guerini, Etchepareborda, vice-présidents ; M. Paterson, président honoraire.

La prochaine session de la F. D. I. aura lieu en 1915, à San-Francisco, lors du Congrès dentaire du Panama-Pacifique.

SOCIÉTÉ DENTAIRE AMÉRICAINE D'EUROPE

Nous avons annoncé dans un précédent numéro la 41^e réunion annuelle de la Société dentaire américaine d'Europe en juillet 1914 à l'Hôtel continental à Paris et publié le programme.

Nous complétons aujourd'hui cette information par la liste des communications et démonstrations faites.

Communications.

Jeudi 30 juillet, 9 heures du matin.

M. Chiavaro (Rome). — Recherches sur l'*entamocba buccalis*.

M. Bryan (Leysin). — Aide donnée par la nature au redressement des dents chez les adultes.

M. Capon (Philadelphie). — Rapport sur des travaux de porcelaine (avec projections).

M. Eppright (Cologne). — Technique de la construction des dentiers pour la combinaison d'or et de gencive continue.

2 heures. — M. Mac Neil (Vienne). — Traitement des cavités hypersensibles avant l'excavation.

M. Bœdecker (Berlin). — Email, carie et immunité.

M. Ottolengui (New-York). — Restauration des faces occlusales de bicuspides et de molaires avec inlays d'or coulés.

M. Sturridge (Londres). — Notes sur la médication iodée dans le traitement de la pyorrhée.

Vendredi 31 juillet, 9 heures du matin.

M. Gordon White (Nashville). — Cas d'orthodontie par des photographies.

M. Brook (Londres). — Traitement de la pyorrhée par la vaccinothérapie.

M. William Dann (Florence). — Notre ami le sang.

M. S. Chayes (New-York). — Le bridge et sa philosophie.

M. Chiavaro (Rome). — Trois cas rares d'implantation des dents.

2 heures. — M. Spring (Dresde). — Correction de l'infra-occlusion.

M. Johnson (Chicago). — Un besoin pressant en dentisterie.

M. Carmichael (Milwaukee). — Traitement de la pyorrhée alvéolaire.

M. Bryan (Leysin). — Bridges à selle ancrés à une extrémité avec barre d'arc au-dessus.

Démonstrations cliniques faites à l'Ecole dentaire de Paris.

M. Capon (Philadelphie). — Couronne de porcelaine.

M. Stoppany (Zurich). — Anesthésie par conductibilité ou par infiltration.

M. Epright (Cologne). — Dentier en or et en gencive continue combinés ; dentier en aluminium coulé et en gencive continue.

nue combinés ; plaque de vulcanite avec gencive *synthétique*.

M. Girdwood (Edimbourg). — Mode d'emploi des dents à tube et des tiges de porcelaine pour couronne et bridge ; emploi de ces dents et blocs pour dentiers artificiels en métal et vulcanite.

M. Mac Neil (Vienne). — Crochets de Gilmore pour dentiers partiels et complets.

M. Bryan (Leysin). — Redressement immédiat d'une dent à racine simple.

M. Rubbrecht (Bruxelles). — Confection de matières et d'appareils de redressement.

M. H. L. Weber (Paris). — Construction d'instruments de verre.

M. Boyd Gardner (New-York). — Analgésie.

M. Darcissac (Paris). — Point d'appui sur canines et bicuspides pour petits bridges. — Moyen de découvrir la dentine décalcifiée par une solution iodée.

M. Sidney Maccallin (Londres). — Polissage des racines dans le traitement de la pyorrhée.

M. Le Cron (Londres). — Bridge amovible et fixe.

M. Younger (Paris). — Implantation de racines naturelles.

M. Prothero (Chicago). — Sujet réservé.

M. C. W. Roberts (Londres). — Bridge amovible.

M. H. G. Fisher (Cologne). — Attelles pour dents branlantes.

M. Fred Smith (New-York). — Analgésie. Administration de protoxyde d'azote avec de l'oxygène.

M. Wilson. — Quelques idées sur le bridge.

SCCIÉTÉ D'ORTHODONTIE D'EUROPE

La 7^e réunion annuelle de la Société d'orthodontie d'Europe s'est tenue les mardi et mercredi 28 et 29 juillet et samedi 1^{er} août 1914 à l'Hôtel Continental, à Paris, avec le programme suivant :

Lundi 27 juillet, 6 h. du soir. — Séance administrative.

Mardi 28 juillet, 9 heures 30 du matin. — Séance administrative.

Séance d'ouverture. Adresse de bienvenue par le président du Comité local, M. I. B. Davenport.

Discours du président, M. Anema.

10 heures 30. — Communications.

Midi. — Déjeuner.

2 heures. — Communications.

Mercredi 29 juillet, 9 heures du matin. — Communications.

Midi. — Déjeuner.

2 heures. — Communications.

5 heures. — Séance administrative.

Samedi 1^{er} août, 9 heures. — Cliniques et démonstrations à l'Ecole dentaire de Paris.

7 heures 30. — Dîner annuel à l'Hôtel Continental.

Communications.

Mardi 28 juillet, 10 heures 30 du matin.

M. Calvin S. Case (Chicago). — Le mouvement en masse des dents (avec projections).

2 heures après-midi. M. Choquet (Paris). — Description de la sinuosité de la courbe de compensation dans la denture humaine (avec projections).

M. Zielinsky (Berlin). — Traitement de quelques cas de malocclusion par l'application du nouveau principe d'Angle modifié (avec projections).

M. Ketcham (Denver). — Un cas de la 2^e classe, 2^e division, traité par le nouvel appareil de redressement à cheville et à tube d'Angle (avec projections).

Mercredi 29 juillet, 9 heures du matin.

M. Ottolengui (New-York). — Diagnostic et traitement de cas de la classe III (avec projections).

M. Chiavaro (Rome). — Notes sur la correction de dents temporaires dans la classe III (avec projections).

M. Butler (New-York). — Description de la technique du traitement d'un cas de la classe I par le nouvel appareil d'Angle (avec projections).

2 heures. — M. Puller (Buffalo). — Avantages des appareils fixes sur les appareils amovibles.

M. Ferris (New-York). — Une clinique publique d'orthodontie. Méthode adoptée par l'hôpital otologique, ophtalmologique et laryngologique Manhattan de New-York.

M. Hecht (Berlin). — Cas d'occlusion ouverte (Classe II, 1^{re} division, subdivision) traité par le pignon à tête Lind.

Démonstrations cliniques faites à l'Ecole dentaire de Paris.

M. V. H. Jackson (New-York). — Orthodontie et orthopédie de la face, en particulier avec la méthode de déplacement des dents de l'auteur.

M. G. Villain (Paris). — Principes et lois du mécanisme dentaire humain; leurs conséquences au point de vue orthopédique.

M. Calvin S. Case (Chicago). — Questions d'orthodontie intéressantes.

M. Korbitz (Berlin). — Perfectionnements d'appareils.

M. Subirana (Madrid). — Nouvelles orientations dans la thérapeutique des malocclusions vers la correction automatique.

M. Zielinsky (Berlin). — Choses utiles en orthodontie ; instruments et appareils.

M. S. Davenport (Paris). — Modèles de plâtre représentant un bridge après redressement.

M. Ferris (New-York). — Questions intéressantes se rapportant à une clinique à l'hôpital otologique, ophtalmologique et laryngologique de New-York.

M. Bödecker (Berlin). — Bridge-inlay remplaçant la première molaire.

M. Pullen (Buffalo). — Technique opératoire de l'arcade simple et sectionnée.

M. Schroder (Paris). — Moyen de faire le nouvel appareil d'Angle par un ajustement partiel au modèle de plâtre.

M. Ketcham (Denver). — Le nouveau recuiseur à arc Angle-Ketcham, présenté par le Dr HIPWELL.

M. Solbrig (Paris). — Confection de bandes coulées.

M. Lockett (Londres). — Photographies radiographiques des maxillaires supérieurs et inférieurs avec les dents en éruption.

M. Chiavaro (Rome). — Mode opératoire de cas de la classe III dans la dentition temporaire.

M. Rubbrecht (Bruxelles). — Fixation molaire pour mouvement en masse des dents.

M. Hecht (Berlin). — Mode opératoire d'un cas d'articulation ouverte, traité à l'aide du pignon à tête Lind.

M. Anéma (Paris). — Moyen de faire la bande en feston. Moyen de fermer l'écrou du nouvel arc d'Angle en pinçant l'écrou.

* * *

Comme on peut le voir par ces programmes, les démonstrations des deux sociétés se sont faites à l'Ecole dentaire de Paris.

Ces sociétés avaient invité tous les membres de la Société d'Odontologie de Paris, par l'intermédiaire de son Président, à y assister.

De très nombreux confrères français avaient répondu à l'invitation.

A l'issue de ces démonstrations une réception a été offerte aux deux sociétés étrangères par le Bureau de l'Ecole dentaire de Paris et le Bureau de la Société d'Odontologie.

M. Godon leur a souhaité la bienvenue et les a remerciées d'avoir demandé l'hospitalité à l'Ecole dentaire de Paris pour leurs intéressantes démonstrations.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

UNIVERSITÉ DE PARIS. FACULTÉ DE MÉDECINE

Année scolaire 1914-1915.

SESSION D'EXAMENS EN VUE DU DIPLOME DE
CHIRURGIEN-DENTISTE.

(Décret du 11 janvier 1909.

Une session d'examens conduisant au diplôme de chirurgien-dentiste s'ouvrira à la Faculté de Médecine de l'Université de Paris, savoir :

I. — *Examen de validation de stage dentaire.*

La session s'ouvrira le lundi 14 juin 1915.

Les candidats produiront les certificats attestant qu'ils justifient de deux années régulières de stage. Ces certificats doivent être établis sur papier timbré.

Les consignations seront reçues au Secrétariat de la Faculté, les lundi 31 mai et mardi 1^{er} juin 1915 de midi à 3 heures.

Les candidats consigneront les droits fixés par le décret du 4 novembre 1909, soit 25 francs.

II. — *Deux premiers examens de fin d'année et 1^{re} partie du 3^e.*

La session s'ouvrira le lundi 21 juin 1915.

Les consignations seront reçues au Secrétariat de la Faculté, le lundi 7 et le mardi 8 juin 1915 de midi à 3 heures, en faveur des titulaires de quatre, huit et douze inscriptions.

III. — *2^e partie du 3^e examen de fin d'année.*

La session s'ouvrira le lundi 12 juillet 1915.

Les consignations seront reçues au Secrétariat de la Faculté, le lundi 28 et le mardi 29 juin 1915 de midi à trois heures, en faveur des titulaires du certificat d'aptitude à la première partie du dit examen.

N. B. — Les candidats aux trois examens de fin d'année consigneront les droits d'examen, de certificat d'aptitude et de diplôme fixés par le décret du 4 novembre 1909 (40 francs pour le 1^{er} examen, 30 francs pour les 2^e et 3^e, 20 francs pour chaque certificat d'aptitude et 100 francs pour le diplôme).

Il sera fait remboursement aux candidats ajournés, des droits de certificat d'aptitude et de diplôme, selon le cas.

Le Doyen de la Faculté :

L. LANDOUZY.

SESSION D'EXAMENS POUR LE DIPLOME DE CHIRURGIEN-DENTISTE.

Une session d'examens pour le diplôme de chirurgien-dentiste s'ouvrira à la Faculté de Médecine de l'Université de Paris, le 5 juillet 1915.

I.— *Pièces à produire*: Les candidats produiront les pièces suivantes :

1. Un extrait authentique de leur acte de naissance sur papier timbré et, s'il y a lieu, une traduction également authentique de cette pièce.

2. Un extrait du 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 écoles 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'am-

phithéâtre d'anatomie des hôpitaux, certificat justifiant du travail de l'élève et de son assiduité aux travaux pratiques de dissection.

6. Les dames aspirantes au diplôme de chirurgien-dentiste produiront, en outre, les pièces suivantes établies sur papier timbré et signatures légalisées :

Si elles sont mineures, non mariées, l'autorisation de leur père ou tuteur.

Si elles sont mariées ou séparées de corps, l'autorisation de leur mari et leur acte de mariage.

En cas de séparation de corps, l'extrait du jugement passé en force de chose jugée.

En cas de dissolution du mariage l'acte de décès du mari, ou l'acte constatant le divorce.

II. *Consignations*. — Les consignations seront reçues au Secrétariat de la Faculté de Médecine de Paris, les lundi 28 et mardi 29 juin 1915.

Les candidats consigneront les droits d'examen, de certificat d'aptitude et de diplôme fixés par les décrets des 14 février 1894 et 26 février 1907 (40 francs pour le 1^{er} examen, 30 francs pour les 2^e et 3^e examens, 20 francs pour chaque certificat d'aptitude et 100 francs pour le diplôme).

Il sera fait remboursement, aux candidats ajournés, des droits de certificat et de diplôme, selon le cas.

Les examens auront lieu à partir du 5 juillet 1915.

Le Doyen de la Faculté : L. LANDOUZY.

NÉCROLOGIE

Alfred Ronnet.

L'Ecole dentaire de Paris et l'Association générale syndicale des dentistes de France viennent de faire une perte très sensible dans la personne d'un de leurs plus anciens et dévoués sociétaires, d'un de leurs meilleurs professeurs, M. Alfred Ronnet. Depuis plus de trente ans il avait été intimement mêlé à la vie professionnelle de ces groupements et il y avait joué un rôle important.

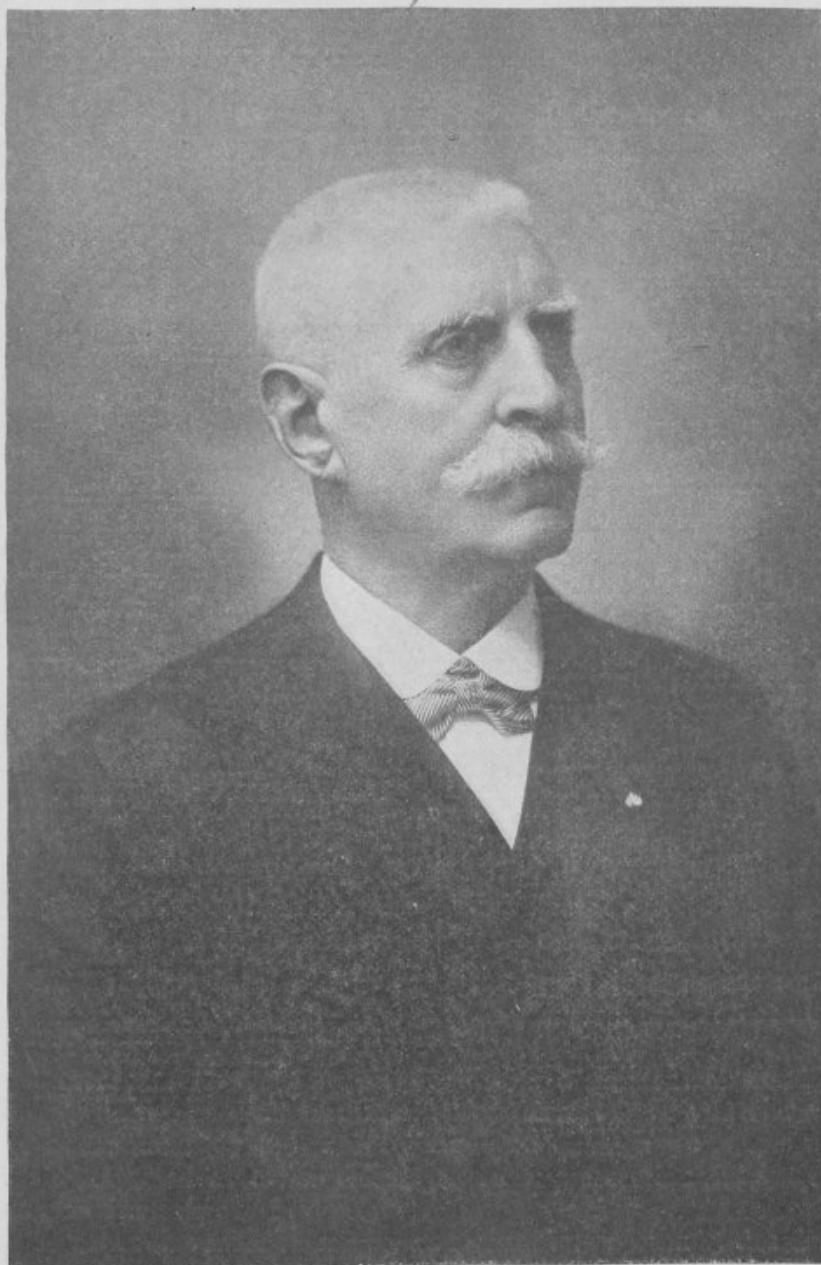
Bien connu de tous, sympathique à chacun, il avait occupé divers postes dans nos sociétés et il a instruit de nombreuses générations d'élèves. Bienveillant par nature, il savait allier à la bonhomie la fermeté et la sévérité nécessaires. Conseiller avisé, administrateur prudent, professeur estimé, praticien habile, il a rendu à nos sociétés de grands services qui ne sauraient être oubliés. Aussi sa disparition est-elle un deuil pour elles et conserveront-elles précieusement le souvenir de sa mémoire.

Alfred-Jean-Baptiste Ronnet était né le 7 juillet 1843 à Paris. Lorsque l'Ecole dentaire de Paris fut fondée (1880) il fut un des premiers à venir lui demander, bien qu'il eût déjà près de 40 ans et qu'il fût honorablement connu comme praticien, la consécration de son savoir par son diplôme, qu'il obtint en 1882. Il en fut également lauréat et reçut une 3^e médaille. En 1894 il était diplômé de la Faculté de médecine de Paris.

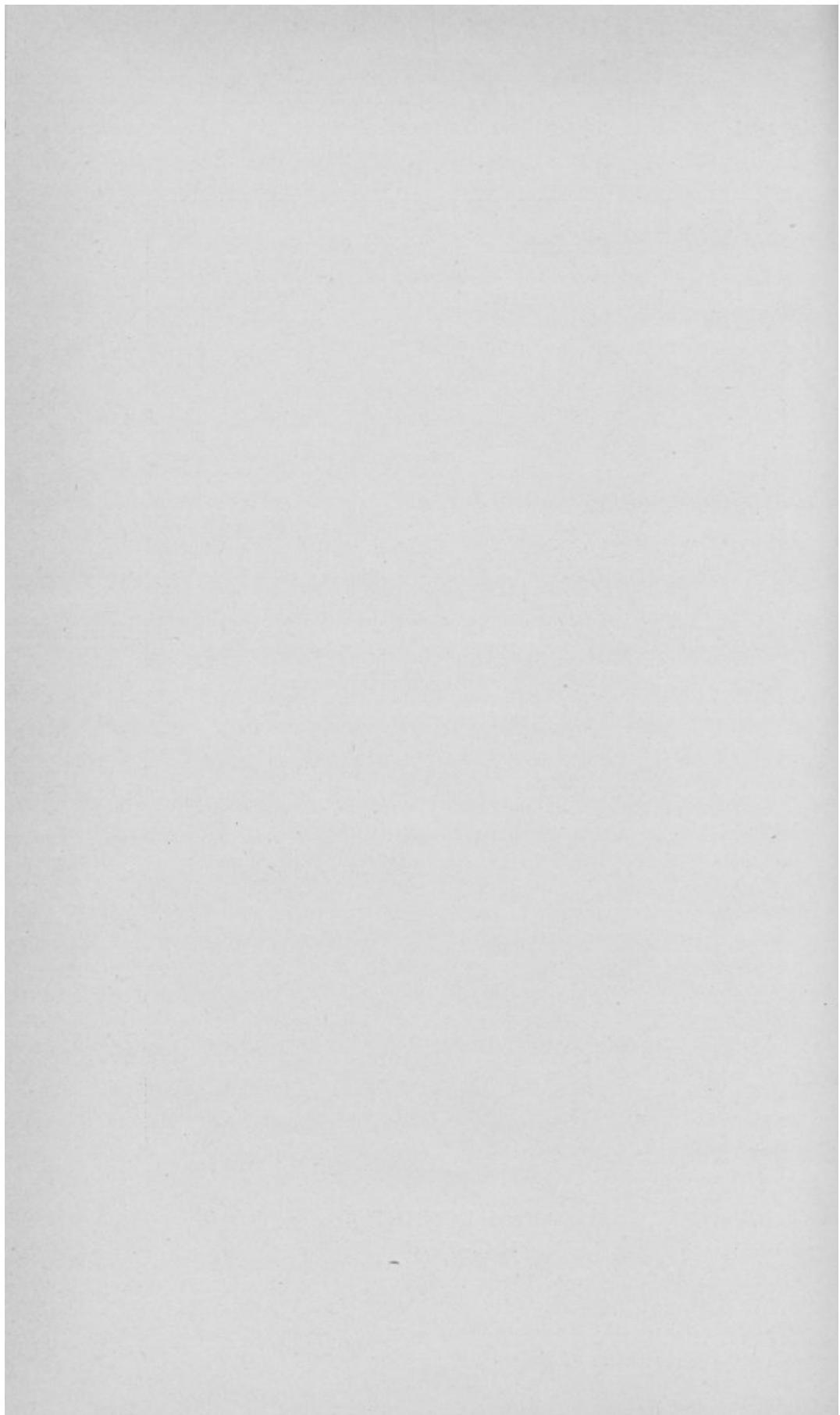
Sa vie administrative parmi nous fut des plus remplies. Il fut membre du Conseil de direction et économie de l'Association de 1882 à 1884 et trésorier de 1884 à 1891, vice-président de la Société d'Odontologie en 1891-1892, il fut président de l'Association générale. Il fut également président du Syndicat des chirurgiens-dentistes de France en 1894-1896.

Il occupa une large place dans notre corps enseignant, où il fut démonstrateur en 1882-1883. De 1883 à 1885 il était chef de clinique et était nommé professeur suppléant en 1885. Titularisé en 1889, il conserve ses fonctions jusqu'en 1904, après avoir été chef de service de dentisterie opératoire à partir de novembre 1902. Il était professeur honoraire depuis cette époque. Il avait reçu la médaille d'or des professeurs en 1897, était officier d'Académie depuis 1896 et officier de l'Instruction publique depuis 1905.

Il est décédé à l'Isle-Adam le 25 mars dernier, à l'âge de 72 ans.



Alfred RONNET
1843-1915



Ses obsèques ont eu lieu le 27, à 11 heures du matin, à la chapelle du cimetière du Père-Lachaise. L'Ecole dentaire de Paris et l'Association générale, qui avaient envoyé une couronne, étaient représentées par plusieurs membres du corps enseignant et une délégation d'élèves.

M. Blatter y a pris la parole, au nom de ces deux Sociétés. Nous reproduisons ci-après son allocution, en adressant à la famille de M. Ronnet l'expression de nos profonds regrets et nos très sincères condoléances.

Discours de M. Blatter.

C'est au nom de l'Association générale syndicale des dentistes de France, de la Société de l'Ecole et du Dispensaire dentaires de Paris et de la Société d'Odontologie de Paris que je prends la parole, pour adresser à celui qui fut Alfred Ronnet quelques mots de remerciements et d'adieux. Cet honneur appartenait au plus ancien d'entre nous, au président actif ou honoraire de ces Sociétés, à celui qui fut pendant 30 ans le compagnon et le grand ami du défunt ; mais la maladie le retient au lit momentanément, et c'est à la fois pour l'excuser et le remplacer que je porte la parole.

Tous, dans les trois groupements que je viens d'énumérer, ont connu Alfred Ronnet ; les uns comme collègue, les autres comme professeur, et tous l'ont apprécié et aimé.

Pendant trente ans il a été un de nos sociétaires les plus actifs, les plus laborieux, les plus dévoués. Il a occupé tous les postes : conseiller, secrétaire général, trésorier, vice-président, président ; il a joué dans chacun des organes de notre vaste groupement un rôle proéminent, qui l'a toujours mis en relief, et toutes ses fonctions, il les a remplies avec tact, avec bonhomie, douceur et affabilité. Il ne comptait que des amis.

Pendant ces trente années il a donné à nos Sociétés la collaboration la plus assidue, la plus désintéressée. Le travail l'attirait ; il en a fourni une somme considérable, sans jamais se rebouter. Mais c'est surtout comme membre du corps enseignant que de nombreux praticiens ont appris à le connaître, à l'estimer et à goûter ses leçons. Ce fut un professeur sévère, mais d'une grande justice. Dès 1882 il nous apportait son savoir et son expérience comme démonstrateur et, franchissant successivement tous les échelons de la hiérarchie, il a, pendant plus de 20 ans, enseigné aux générations d'élèves la dentisterie opératoire, dans laquelle il était un maître autorisé.

Retracer sa vie, c'est retracer l'histoire de nos sociétés profes-

sionnelles et scientifiques, à laquelle il s'est trouvé intimement lié. Très conciliant, il s'est toujours efforcé d'apaiser les divisions qui pouvaient surgir et son heureuse influence, sa bonne parole de concorde y sont souvent parvenues. Sa droiture était proverbiale et sa servabilité ne l'était pas moins.

Il a rendu sans compter à nos sociétés les plus éminents services, dont nous serons toujours reconnaissants à sa mémoire. Son nom restera parmi nous le vivant symbole de l'homme de devoir, du confrère honorable, du collègue estimé, du praticien habile et au maître aimé.

Au nom des Sociétés que je représente, j'adresse à Alfred Ronnet un supreme adieu. Il a droit à toute notre reconnaissance, à notre respect, à notre vénération et nous prions sa famille d'agréer l'assurance de toute notre sympathie et nos profonds regrets pour la cruelle épreuve qui lui est infligée.

Jean Souillard.

Nous avons le regret d'apprendre la mort au champ d'honneur, à l'âge de 24 ans, de M. Jean Souillard, ancien élève de l'Ecole dentaire de Paris.

Nous exprimons à sa famille, qui habite Carcassonne, nos très sincères regrets.

Alexandre Caron.

On annonce la mort, à l'âge de 20 ans, de M. Alexandre Caron, sergent au 120^e d'infanterie, blessé à Perthes le 28 février 1915 et décédé à Angers le 13 mars suivant à la suite de sa blessure. L'inhumation a eu lieu au cimetière de Pantin-Parisien, section des soldats morts pour la patrie.

Nous adressons à sa famille nos très vives condoléances.

NOUVELLES

Inauguration de l'Institut dentaire Evans à l'Université de Pensylvanie.

On vient d'inaugurer, à Philadelphie, l'Institut dentaire et le Musée érigés à la mémoire et avec la donation de feu Thomas Evans.

On se rappelle sans doute que Thomas Evans, qui avait résidé de longues années en France, avait légué à sa ville natale (Philadelphie) une somme considérable pour la création d'un Institut dentaire modèle rattaché à l'Université de cette ville. C'est cette fondation qui a été inaugurée les 22 et 23 février par des fêtes qui ont duré deux jours.

A l'occasion de cette cérémonie, qui a été célébrée avec une solennité exceptionnelle, il a été conféré le diplôme de *docteur en droit* de l'Université de Pensylvanie au Dr Edward C. Kirk, doyen de la section dentaire de cette Université depuis 1896, et à M. T. Darby, professeur de dentisterie opératoire à cette section depuis 1878.

Il a également été conféré le diplôme de *docteur ès-sciences* de cette Université à neuf personnes : l'architecte de l'édifice, MM. William Simon, professeur de chimie (Baltimore), Dr Truman Brophy (Chicago), E. Angle, fondateur de l'Ecole d'orthodontie qui porte son nom, S. Talbot, G. Black (Chicago), pour l'Amérique, et trois seulement en Europe : MM. Mummery (Londres), Dieck (Berlin), Ch. Godon (Paris).

Parmi les trois titulaires d'Europe, M. Mummery seul était présent ; MM. Dieck et Godon étaient représentés par des membres de leur ambassade respective.

Notre directeur, M. Ch. Godon, directeur de l'Ecole dentaire de Paris, a reçu cette distinction en raison des services qu'il a rendus à l'art dentaire en France.

De nombreux discours ont été prononcés. Ils ont été reproduits par l'*Old Penn*, qui publie un compte rendu de la cérémonie et qu'ont dû recevoir tous les lauréats — auxquels nous adressons nos félicitations — et les anciens diplômés de Philadelphie.

Un banquet de plus de 500 couverts comprenant des diplômés de l'Ecole dentaire de l'Université venus de toutes les parties du monde, a clos la solennité, présidée par l'ancien maire de Philadelphie.

Il y a lieu d'exprimer des remerciements à l'Université de Philadelphie et au Dr Kirk pour avoir mené à bien cette œuvre grandiose, qui va augmenter encore l'importance de cette grande institution odontologique, si appréciée dans le monde entier.

Congrès dentaire du Panama-Pacifique.

Notre directeur, M. Charles Godon, a été nommé président honoraire du Congrès dentaire du Panama-Pacifique, par le Comité d'organisation de ce Congrès, qui, on se le rappelle, aura lieu à San-Francisco (Californie), du 30 août au 9 septembre 1915.

L'ODONTOLOGIE

TRAVAUX ORIGINAUX

KYSTE PARADENTAIRE ET RÉSECTION APICALE

Par M. JEAY,

Professeur à l'Ecole dentaire de Paris.

(*Communication à la Société d'Odontologie, 9 juin 1914.*)

La publication de certaines opérations n'a de valeur que par l'éloignement de l'époque où elles ont été pratiquées, éloignement suffisant pour permettre d'affirmer la guérison.

J'ai eu la bonne fortune de revoir ces temps-ci un de mes malades de clientèle particulière que j'ai opéré il y a 3 ans d'un kyste paradentaire de la région des incisives supérieures gauches.

Je n'ai nullement l'intention de discuter quoi que ce soit de la pathogénie de ces kystes, ni de leur symptomatologie, je vous présente ce cas tout simplement parce que c'est un fait acquis qui peut avoir sa valeur en pratique courante. Le voici :

En février 1911, M. M..., 35 ans, qui est un de mes patients depuis quelque temps déjà, vient me consulter parce que depuis quelques semaines il observe une saillie de plus en plus apparente au-dessus de ses incisives supérieures gauches. Il ne souffre nullement, mais, lorsqu'il saisit cette grosseur entre l'index placé en avant et le pouce placé à la voûte palatine, il sent nettement la pression se répercuter d'un doigt à l'autre et, plein de logique, il s'inquiète qu'une masse osseuse puisse avoir une telle flexibilité.

Notre malade a ceci de particulier : une lèvre supérieure très longue. A l'examen, en relevant largement cette lèvre pour découvrir toute la région qui est au-dessus des incisives, nous constatons à gauche une tuméfaction très apparente du sillon gingivo-labial, s'étendant de la symphyse des maxillaires à la canine gauche ; elle remonte haut jusque sous le nez. Au niveau correspondant, la voûte palatine est légèrement tuméfiée également. La pression n'est pas dououreuse, mais en saisissant la tumeur avec les doigts extérieurement et intérieurement, comme le malade le faisait lui-même, nous avons nettement la sensation de fluctuation à la face externe et la sensation de parcheminement de l'os à la face interne.

L'évolution très lente, absolument indolore, et les signes de palpation observés nous font immédiatement penser à un kyste de la mâchoire. Nos fiches dentaires comportant un schéma nous permettent de savoir que les deux incisives supérieures gauches correspondant à la tumeur sont d'anciens 4^{es} traités, l'un, celui de la centrale, en 1903, l'autre, celui de la latérale, en 1910.

Nous faisons part à l'intéressé du diagnostic et de la nécessité de l'intervention chirurgicale.

Celle-ci est pratiquée le 27 février. Partisan convaincu de l'énucléation de la tumeur ou, à son défaut, du curetage complet de la cavité kystique, je pratiquai sous anesthésie locale par injections intradermiques une incision horizontale allant de la symphyse à la canine au niveau de l'extrémité supérieure des racines, niveau où toute la table alvéolaire nous paraît solide. Deux incisions verticales à chaque extrémité de la première, c'est-à-dire en forme de U très allongé, nous permettent d'obtenir un large lambeau muqueux, supérieur, découvrant toute la tuméfaction.

Malgré toutes mes précautions, la dissection de la paroi antérieure de la poche est fort difficile étant extrêmement amincie et, malgré l'emploi d'une petite spatule courbe pour l'énucléation, la poche crève : tout le liquide kystique jaune clair s'échappe.

Nous nous trouvons alors en présence d'une cavité de forme et de grosseur d'une forte olive. J'effondre le restant de la paroi osseuse externe et cette large ouverture nous permet de constater que le tiers supérieur de la racine de l'incisive centrale pénètre dans la cavité, ainsi que l'extrémité de la latérale.

Constatant d'autre part la solide fixation de ces deux dents à racines, en somme fort longues dans leurs alvéoles presque intactes, je fais part à mon patient de l'intérêt qu'il y aurait pour lui à tenter de conserver deux dents dont l'aspect des couronnes est encore fort convenable et je décide de pratiquer la résection apicale, m'attachant, surtout pour la centrale qui est certainement la dent causale du kyste, à parfaitement en niveler les racines au niveau du plancher inférieur de la cavité. Je procède ensuite au curetage très minutieux de toute la cavité et je fais l'hémostase par un tamponnement provisoire. Avec le tour je trépane les deux dents, élargissant fortement les canaux avec des beutelrocks ; j'enlève le tamponnement et je lave les canaux à l'eau oxygénée ; puis au moyen de deux fines tiges de plomb faites avec du fil de plomb d'électricien, je bouche fortement mes deux racines dans toute leur longueur, pratiquant un brunissage minutieux de l'extrémité dépassant les apex.

Un dernier badigeonnage de la cavité avec du chlorure de zinc au 10° me permet d'en assurer la complète désinfection et je laisse à demeure pour 24 heures une mèche de féroprine fortement tamponnée.

Le lendemain 28 février la mèche est enlevée, un grand lavage et des tampons montés imprégnés d'eau oxygénée nous permettent le nettoyage de la cavité qui est en dernier lieu touchée à la teinture d'iode.

Les 2 et 11 mars ces mêmes pansements sont renouvelés et le bourgeonnement de la cavité nous paraissant en bonne voie, nous recommandons à notre malade de pratiquer lui-même un fort seringuage après chaque repas et de ne revenir que dans une quinzaine.

Le 25 mars, nous constatons que la cavité est entièrement

tapissée sauf au niveau des deux racines. Pourtant il reste un si minime petit point de dénudation que nous avons l'intuition très nette que la fibro-muqueuse en formation va sûrement et sous peu tout recouvrir, formant un pont muqueux au-dessus des sections radiculaires. Aussi décidons-nous de remplacer la gutta des couronnes par des obturations définitives au silicate et disons-nous à notre patient de simplement toucher à l'iode tous les 3 ou 4 jours ce dernier point et de ne nous revoir que si quelque chose d'anormal se produisait.

Plusieurs fois depuis j'ai eu l'occasion de revoir M. M... et de constater sa complète guérison ; pourtant je n'ai voulu publier ce cas que trois ans après l'opération.

Aujourd'hui, il ne reste plus au niveau opéré qu'une légère dépression ; ses dents sont demeurées admirablement solides. Il coupe ses aliments aussi bien qu'avec les autres et il n'en a jamais souffert.

Voici le moulage et la radiographie qui viennent d'être faits ces jours-ci.



Fig. 1.

L'un vous permettra d'apprécier l'état coronaire des dents et le peu de dépression qui subsiste ; vous verrez aussi com-

bien la hauteur des procès alvéolaires favorisait le solide maintien des dents, particularité qui, je l'avoue, m'a le plus déterminé à en tenter la conservation.

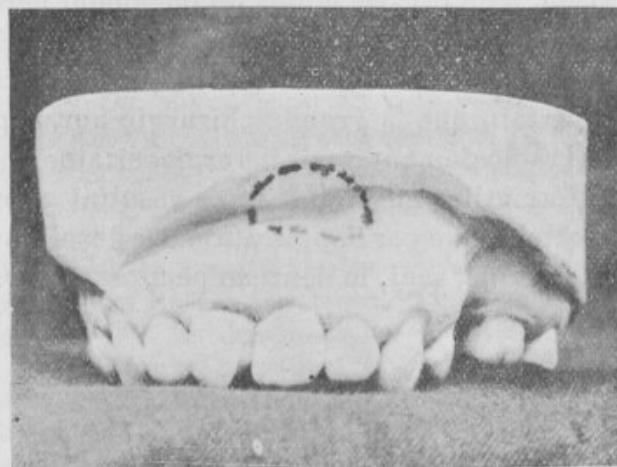


Fig. 2.

L'autre, la radiographie, vous montre l'emplacement et l'étendue de la cavité, ainsi que la hauteur à laquelle la résection radiculaire a été pratiquée. Très visible pour la centrale, cette résection paraît ici pour la latérale moins importante que la réalité ; ceci est *probablement* dû à la projection de l'ombre, la radiographie ayant été faite au moyen d'une plaque sensible placée sur la face triturante des dents et l'incisive latérale commençant à être déjà dans la courbe formée par la canine et les prémolaires, par conséquent un peu en dehors du même plan que la centrale par rapport à la projection des rayons du kyste radiculo-dentaire.

Enfin, je suis absolument persuadé que ce cas n'a en lui rien d'extraordinaire ; mais comme, malgré mes recherches, je n'ai vu que fort peu de cas de ce genre publiés dans notre littérature et que je suis un de ceux qui vous ont le plus incités à publier tout ce qui peut paraître intéressant dans votre pratique journalière, j'espère vivement qu'il aura au moins l'intérêt de me permettre de demander leur opinion à ceux de nos confrères qui ont en pareille matière une

plus large expérience. Intéressant surtout par la discussion qu'il peut provoquer ce soir, ce cas, qui donne aujourd'hui, *au bout de 3 ans*, toutes les apparences d'une complète guérison, n'en est pas moins un document permettant de dire qu'il y a pour nos malades le plus grand intérêt à voir ces interventions entrer dans notre pratique de spécialistes. Il est bien certain que la grande chirurgie aurait guéri ce malade aussi radicalement, mais il aurait certainement aussi deux dents fort utiles en moins, et ce résultat appréciable n'a pu être atteint que par l'application des derniers progrès de l'art dentaire que, seul, le dentiste peut pratiquer.

REVUE DES REVUES

LE BRIDGE AMOVIBLE

Par FRED, A. PEESO, de New-York.

Je ne crois pas qu'il y ait un seul cas dans lequel, au lieu de bridge fixe, on ne puisse employer avantageusement le bridge amovible. Au point de vue hygiénique, celui-ci est considérablement supérieur. Quand il est retiré de la bouche, les points d'appui sont parfaitement unis et symétriques et peuvent aisément être atteints par la brosse. En cas d'accident ou de dommage à la pièce, ou de troubles dans les dents voisines, il est aisément de réparer la première et de traiter les secondes.

Les points d'appui auxquels je donne la préférence sont la couronne-télescope seule ou combinée avec le tube et la cheville fendue pour l'arrière de la bouche. Pour les dents antérieures où nous nous servons de faces ou de couronnes de porcelaine, j'emploie la coiffe avec le tube et la cheville fendue principalement et, parfois en petit morceaux, l'inlay à fixation.

La couronne télescope est composée de 2 parties : l'une entrant dans l'autre, à la manière d'un télescope. Si ces parties sont soigneusement confectionnées elles s'adaptent aussi exactement que les manchons d'un télescope. La valeur d'un bridge amovible dépend uniquement de l'exactitude avec laquelle le travail est fait.

Cette couronne est indiquée à l'arrière de la bouche, où la vue de l'or n'a pas d'inconvénient ; mais elle doit rarement être employée pour les molaires antérieures, quoiqu'il faille quelquefois beaucoup de force et qu'il y ait des endroits où l'or est peu visible : on peut s'en servir jusqu'à la 2^e bicuspidé et plus rarement jusqu'à la 1^{re}, mais en général pour les bicuspides il faut préférer la porcelaine.

Il n'est pas nécessaire que les points d'appui soient *exactement*, mais seulement à peu près parallèles, pour qu'en plaçant le bridge dans la bouche on n'exerce aucune tension sur les points d'appui. Les dents présentent un léger ressort naturel dont il faut profiter pour tenir le bridge en position. Si l'inclinaison naturelle des dents est telle qu'ils convergent, préparer celles-ci de manière que, quand le bridge se place, ils soient légèrement éloignés l'un de l'autre, reprenant leur position naturelle quand on retire le bridge. S'ils divergent, ils sont légèrement poussés

l'un vers l'autre; mais ce mouvement doit être *très léger*, autrement cela ébranlera les dents.

Pour confectionner les coiffes de télescope, préparer les points d'appui, faire les rubans et les ajuster aux moignons, prendre l'empreinte et préparer le modèle à la manière ordinaire. Le modèle ouvert, enlever le ruban et tramer légèrement les bords à l'extrémité occlusale, afin que, la pièce terminée, les bords soient légèrement arrondis. Cela permet au pont de se mettre rapidement en position, ce qui ne pourrait se faire si les coins de la coiffe étaient laissés angulaires. Tailler les bandes en biseau, les abaisser légèrement, puis resserrer ou les faire fondre ensemble. On a ainsi un ruban sans bordure, et aucune soudure ultérieure n'empêchera l'union. Les bords de l'extrémité occlusale du ruban ayant été tournées en dedans légèrement, on le lisse bien plat et l'on fait ressuer dessus un plancher d'or monnayé à 28.

Ces rubans doivent être en métal solide, compacte, rigide, mais élastique. L'or monnayé américain à 21 carats 6 est un des meilleurs alliages pouvant servir à ces attaches.

Le plancher une fois fixé, les bords débordants sont façonnés avec les côtés du ruban, et quand la coiffe est finie et polie, arrondir légèrement les bords occlusaux. Introduire la coiffe dans un tube de papier ou de caoutchouc et remplir de métal fusible, en le laissant déborder de 25 mm. au delà de l'extrémité gingivale. On a ainsi une base parfaitement solide pour faire la coiffe extérieure.

Employer pour cela un métal ayant un point de fusion très bas, assez bas pour fondre dans l'eau bouillante, afin que la coiffe puisse être enlevée du moignon sans crainte de contaminer l'or. Le métal convenant le mieux pour cela se compose de 20 parties étain, 19 plomb, 13 cadmium, 48 bismuth (Richmond). Il est très dur, n'a pas de retrait et fond à 80° C. Les divers métaux ne sont pas fondus dans l'ordre de leur possibilité, mais dans l'ordre où ils sont donnés, parce qu'ils semblent mieux se combiner ainsi. Ne pas les surchauffer; à mesure que l'un est fondu, ajouter l'autre, jusqu'à ce que le cadmium soit complètement fondu. Cela fait, éteindre le feu et ajouter le bismuth en morceaux, en le remuant avec une baguette jusqu'à ce qu'il soit parfaitement fondu. En le laissant sur le feu pendant qu'on ajoute le bismuth, la température s'abaisse si rapidement que le métal se brûle et devient inutilisable.

La mesure de la coiffe extérieure est prise juste au-dessous du bord arrondi de l'extrémité occlusale et la coiffe est faite et on la fait ressuer comme cela a été dit. On la façonne et on la

place sur la coiffe extérieure renforcée, en l'étendant et en la portant à 1 mm. 1/2 de l'extrémité gingivale; elle s'adaptera si bien qu'il sera nécessaire de la brunir un peu pour l'enlever. Puis on la festonne soigneusement pour suivre le bord gingival. Un plancher d'or monnayé n° 30 est ressué dessus, puis façonné au niveau des côtés du ruban, sauf un peu au centre des côtés mésial et distal, qu'on laisse un peu plein.

En faisant cette couronne où la profondeur est grande, on restaure le contour en édifiant les côtés mésial et distal par des *ailes de contour* en or monnayé n° 28. On les fixe d'abord légèrement avec une très petite quantité de soudure à 21 carats à 3/4 de mm. du bord gingival du ruban. On façonne et l'on taille pour suivre le contour naturel de la dent; après que les bords ont été mis en contact avec le ruban, placer sur un bloc de charbon de bois la face buccale ou linguale tournée vers le bas. Mettre un morceau de soudure à 21 carats dans l'ouverture entre les bords des ailes et les unir solidement à la coiffe. Quand un côté a été soudé, le renverser sur le bloc et finir le côté opposé de la même manière, puis façonnez au niveau du plancher de la coiffe et limer bien unie l'extrémité occasale.

On peut faire un cuspide de diverses façons: d'abord en plâtre ou en composé à modeler, puis faire une matrice d'or et remplir avec de l'or monnayé, limer bien plat le fond du cuspide et souder à la couronne. Ou bien employer d'abord la cire et couler sur la coiffe et souder ensuite avec de la soudure à 20 carats. Après finissage on dirait une couronne ordinaire à contours pleins, mais elle s'adapte parfaitement à la coiffe intérieure. Quand ces couronnes sont bien faites, elle ne s'usent pas du tout. Les liquides buccaux forment un revêtement qui empêche le contact des métaux des 2 coiffes; mais si elles ne sont pas ajustées exactement, s'il y a un peu de jeu, elle ne durent pas.

Je ne conseille pas de couler les contours sur ces couronnes télescopiques. La masse du métal qui serait nécessaire pour restaurer le contour d'une couronne bien préparée rendrait la couronne trop lourde si elle était très longue. La masse de métal fondu employé pour restaurer le contour se contracte en se refroidissant tellement que cela empêche l'adaptation du ruban, de sorte qu'on ne peut le mettre sur l'intérieure; il faut donc le façonnez plus ou moins en dedans et l'user avec des meules, et la coiffe télescopique s'ajustant bien qu'on veut obtenir est ainsi manquée.

On emploie la fixation quand il y a 2 points d'appui rétentif ou un seul de longueur suffisante pour assurer une prise solide et durable. Un point d'appui rétentif sert non seulement de sup-

port à un bridge, mais il le maintient en position dans la bouche, comme une couronne télescope. Un point d'appui-support est celui où le support est fourni par une barre ou un éperon reposant dans un inlay d'or ou dans la dent elle-même, supportant le bridge, mais n'ayant rien à voir avec la rétention de la pièce en position.

Quand il y a un simple appui rétentif de peu de profondeur ou 2 appuis rétentifs courts, j'emploie la coiffe télescope combinée avec le tube et la cheville fendue.

Au maxillaire inférieur souvent aux troisièmes ou aux deuxièmes molaires pour avoir un cuspipe de profondeur suffisante il est nécessaire de couper la dent presque ou tout à fait à la ligne gingivale, surtout sur les côtés distaux. Il serait impossible alors de faire une couronne télescope suffisamment longue pour avoir une prise durable sur la coiffe intérieure de sorte qu'il faut employer un tube et une cheville fendue reliée à la coiffe. Ce tube arrive d'ordinaire juste au plancher de la chambre pulpaire, à moins que la dent n'ait été fortement entaillée. Dans ce cas je l'enfonce dans le canal d'une des racines assez pour avoir une bonne prise afin de le tenir. Dans les molaires supérieures je l'enfonce dans la racine palatine, qui est la plus large et qui donne une profondeur suffisante pour avoir assez de force et de rétention. Aux molaires inférieures la base du tube dépend de l'inclinaison de la dent enfoncée d'ordinaire légèrement dans un canal mésial non pas qu'il soit plus grand, mais parce que l'inclinaison de la dent rend cela plus commode. Pour ces dents il est rarement nécessaire que le tube ait plus de 3 à 7 millimètres de long : Cela suffit pour une large rétention. La coiffe intérieure est faite comme pour une couronne télescope ordinaire, les bords occlusaux étant tournés légèrement et un plancher d'or monnayé 28 est ressuyé dessus.

L'ouverture pratiquée dans le plancher de la coiffe doit être une demi-fois plus grande que le tube pour permettre à la cire de goutter dans le plancher et autour du tube à une petite distance, environ 3/4 de millimètre, et, en soudant, la soudure remplace la cire. Le tube étant renforcé en ce point permet de contre-plaquer de sorte qu'en mettant le bridge en position la cheville fendue pénètre aisément dans l'ouverture.

Avoir soin en mettant le tube en position dans la coiffe qu'il soit parallèle aux côtés de celle-ci, ou du moins que, quand la cheville est soudée dans la coiffe extérieure, il puisse s'enlever aisément de l'intérieur.

En faisant cela quand le tube a été ciré je laisse toujours le mandrin dedans, puis, plaçant le bord d'une lime plate ou d'un

instrument plat sur les côtés du ruban on voit aisément si la coiffe extérieure tirera. Si le mandrin et le bord de la lime convergent, tout est bien ; si, au contraire ils s'écartent il faut changer l'inclinaison du tube. Après la soudure, on sectionne l'excès de métal du tube au niveau du plancher de la coiffe. Alors on finit et l'on obture avec du métal fusible.

La coiffe extérieure se fait comme pour le télescope ordinaire et, si elle est longue sur le côté mésial, le contour en or monnayé à 28 se fixe comme il a été dit. On détermine alors le point où sera pratiquée l'ouverture dans le plancher de la coiffe extérieure pour la cheville fendue et on la place en la mettant sur la coiffe intérieure renforcée et en la posant, le plancher en bas, sur un bâton de pin auquel on porte un coup sec. On a ainsi une marque bien nette de l'entrée du tube. On façonne cette entrée avec le tour, afin que le mandrin sur lequel le tube a été fait entre librement. La cheville fendue est alors apportée au tube et l'ouverture du plancher de la coiffe extérieure est pratiquée de façon que la cheville s'adapte exactement. On cire solidement celle-ci en place, on l'enlève, en investit et l'on soude avec un peu de soudure à 21 carats. La coiffe ayant été choisie préalablement on y pratique un trou, afin qu'il recouvre l'extrémité saillante de la cheville. On coupe celle-ci de façon qu'elle dépasse seulement un peu au-dessus du plancher de la coiffe, on remplit alors la coiffe avec du revêtement et l'on y soude la coiffe en faisant passer la soudure par l'ouverture dans la pointe et en l'amenant de ce point librement aux bords extérieurs de la coiffe. On moule et l'on finit et l'on a ainsi une couronne télescope et en même temps l'avantage de la fixation du tube et de la cheville fendue, qui tient solidement en position. Ce sont là les deux couronnes que j'ai trouvées les plus utiles à l'arrière de la bouche.

Dans la partie antérieure de la bouche il convient que l'or ne se voie pas et alors on se sert d'une coiffe avec un tube et une cheville fendue. Les coiffes sont faites dans ce cas comme pour une couronne Richmond, la racine étant bien coupée sous la gencive du côté labial, mais pas autant que pour une Richmond. Parfois en raison de l'occlusion, il peut être avantageux de donner à cette coiffe un double biseau ; mais nous considérons la coiffe avec un plancher parfaitement plat.

La coiffe faite, pratiquer l'ouverture dans le plancher pour passer le tube, qui, dans ce cas, remplace la cheville de la Richmond. Faire le ruban de façon que les côtés soient parallèles au grand axe de la racine et prendre le même soin en cirant le tube en place que pour une couronne télescope avec tube.

Il doit être fait de telle manière que, quand la cheville et le demi-ruban sont en place, le tube se retire aisément. L'ouverture du plancher doit être grande, comme pour le télescope, afin que la soudure coule épaisse autour du tube, permettant aisément le contre-placage. Après la soudure on finit et on polit. On passe alors à la coiffe extérieure.

En suivant exactement la technique de la confection de l'attache extérieure de cette coiffe, on s'évite des ennuis, car la possibilité de rupture des faces du bridge complet dépend dans une large mesure de la façon dont le travail a été exécuté. On confec-tionne la cheville pour qu'elle s'adapte aisément au tube, sans être lâche. Le plancher de la coiffe extérieure est en or monnayé et le trou destiné à la cheville doit être fixé au même angle avec le plancher de la coiffe intérieure. Coller la cheville au plancher extérieur, enlever et l'investir pour la souder au moyen d'une très petite quantité de soudure à 21 carats placée du côté labial de la cheville fendue. On sait qu'en soudant la tendance de la soudure fondu est de s'amasser dans de petites fentes entre les morceaux d'or, et, si l'on emploie un gros morceau, quand la soudure est fondu, elle s'écarte du côté labial et remplit, entre le plancher et la cheville qui s'étend dans l'espace triangulaire du côté lingual. La contraction de la soudure en refroidissant entraîne la cheville et le plancher à ce point de sorte que nous avons changé le plan du plancher et, quand il est placé sur la coiffure intérieure, il touche lourdement du côté labial, et non du côté lingual. Si l'on n'ajustait pas et si l'on ne soudait pas la face à la coiffe, toute la force porterait en ce point et la face serait brisée, parce qu'aucune porcelaine ne résisterait à cet effort. C'est là le premier danger. S'il en est ainsi, éléver légèrement le plancher de la coiffe extérieure afin qu'il touche le plancher de la coiffe intérieure.

Le second danger c'est de souder au demi-ruban. Le plancher et la cheville extérieurs sont placés sur la coiffe intérieure et le plancher est façonné tout autour au niveau du ruban. On fait alors le demi-ruban en l'ajustant exactement au côté lingual de la coiffe intérieure, en l'étendant labialement jusqu'au côté labial de la cheville fendue. On colle en place, on enlève de la coiffe intérieure et l'on investit ; s'assurer que le revêtement remplit exactement le demi-ruban et, du côté extérieur, porter l'investissement juste assez haut pour tenir le demi-ruban en position et au-dessous de la ligne du plancher de la coiffe.

Souder ce demi-ruban avec une très petite quantité de soudure, en la mettant sur le côté lingual et en tirant autour de ce côté sur les deux côtés de la coiffe. Là encore, si l'on emploie trop de soudure, celle-ci remplira entre la cheville et le plancher et

changera le plan du plancher comme en soudant la cheville en place. Après avoir soudé et nettoyé, replacer sur la coiffe intérieure et façonner le bord gingival du demi-ruban pour qu'il suive le feston de la coiffe intérieure et arrive jusqu'à la ligne de la gencive. Si le plancher presse lourdement contre la coiffe intérieure du côté labial, dégager comme cela a été dit. Si le travail a été soigné jusque-là, il y a peu à craindre d'avoir des faces brisées par la suite.

Quelques mots de l'inlay avec tube et cheville fendue, utile surtout pour remplacer une dent manquante (incisive centrale ou latérale, ou bicuspidée). Dans ce cas les fixations par inlays sont très utiles, mais conviennent surtout dans la partie antérieure de la bouche. La dent devant servir d'appui est dévitalisée et coupée du côté lingual, pour permettre l'entrée du tube et pour laisser un espace considérable autour, à remplir avec de l'or. Le tube est placé dans le canal, l'extrémité ouverte dépassant un peu le bord incisif de la dent et la cire est placée autour soigneusement pour s'adapter parfaitement à la cavité. On sculpte celle-ci pour rétablir le contour lingual de la dent, on fixe un fil de coulée et l'on enlève le tube. On remplit celui-ci avec du papier d'asbeste ou de la fibre, on le coule dans l'or pur, comme pour un inlay ordinaire, l'or étant coulé et attaché solidement au tube. On le place alors dans la bouche et on le meule pour ménager l'occlusion et l'on prend l'empreinte et l'articulation comme d'ordinaire. On enlève l'inlay et on le place dans l'empreinte, on prépare le modèle et l'inlay se trouve exactement dans la même position sur le modèle que dans la bouche. On enlève alors du modèle et l'on coupe assez profondément pour permettre à la cheville fendue de dégager l'articulation. On polit et finit la dépression, et l'on y adapte la cheville fendue en la courbant soigneusement, afin qu'elle s'adapte à la rainure et s'étende au-delà de la dent pour qu'elle puisse être attachée au moule. On humecte la cavité de l'inlay ou on l'enduit de beurre de cacao, on replace la cheville, on remplit la cavité de cire, qu'on met bien autour de la cheville et dans la rainure. On fixe le fil de coulée, on enlève l'inlay de cire avec la cheville, on investit et l'on coule avec de l'or monnayé. Après nettoyage on replace dans l'inlay avec le tube et l'on finit et polit le tout. Le moule est alors attaché à la cheville en saillie, ainsi que les côtés de l'inlay qui est voisin du moule. On a ainsi une attache rigide qui durera des années si elle est bien faite.

Autre procédé de confection de ce 2^e inlay : 1^o brunir soigneusement un morceau d'or pur très mince de 1/10 de mm. d'épaisseur dans la cavité, en ménageant un bord parfait. On enfonce

une cheville fendue dans la mince matrice et dans le tube. On met de la cire dans cette matrice et autour de la cheville, en la pressant fortement contre les bords. On l'enlève, on investit et l'on remplit avec de l'or monnayé, après quoi on replace dans le 1^{er} inlay et l'on finit, en attachant au moule comme dans l'inlay coulé.

Les tubes à employer sont en platine iridié (7 à 10 % d'iridium); leur diamètre est de 1 mm. 85, avec une différence de 75/1000 de mm., dans la dimension de chaque tube. Les dimensions sont réglées d'après la grandeur de la bouche. L'épaisseur de la paroi des tubes est de 2/10 de mm.

Pour les tubes employer une pièce de platine iridié au 32, niveler le bord et l'enrouler autour d'un mandrin d'acier Stubb, du n° 48 au n° 53. Couper ces mandrins d'une longueur de 37 mm. et arrondir les extrémités; on peut les numérotter de 1 à 6, 1 étant le plus petit et 6 le plus grand. Donner au bord du platine iridié la forme d'une pointe de plume et l'enrouler autour d'un mandrin plus petit que le tube fini. Si l'on veut un tube n° 4, l'enrouler autour du mandrin n° 3, enlever et souder avec de l'or pur. Mettre un mandrin n° 4, dans celui-ci, étendre, bien ajuster et unir à l'intérieur. Enlever l'excès de métal et limer le bord débordant au niveau du reste du tube. Rouler entre deux surfaces unies pour étendre suffisamment afin de pouvoir enlever du mandrin et souder un plancher du même métal, après quoi on enlève le surplus et l'on lime au niveau des côtés du tube. On a ainsi un tube parfait qui convient aussi bien qu'un tube sans bordure.

Les chevilles fendues sont en fil d'or platiné, demi-rond, très dur et à haute fusion. On le recourbe sur lui-même et on le soude avec un peu d'or monnayé, puis on renforce et l'on finit avec une lime à brunir dans une vis à cheville ou sur le tour d'atelier adapté au tube pour qu'il l'entoure. On lime l'extrémité tournée jusqu'à ce que la fente soit ouverte. Arrondir les bords et la cheville est prête. Quand celle-ci est très longue on la laisse fermée à l'extrémité et s'il faut, à un moment quelconque, ajuster davantage dans le tube, on peut l'étendre un peu au centre, ce qui donne un ressort long, élancé, elliptique.

(*Items of interest*, juin 1913.)

COMITÉ DE SECOURS AUX BLESSÉS DES MAXILLAIRES ET DE LA FACE

Visites ministérielles.

Le 23 avril, le *Comité de secours aux blessés des maxillaires et de la face* a reçu la visite de deux ministres, MM. Jules Guesde, Ministre sans portefeuille, et Marcel Sembat, Ministre des Travaux publics, qui, informés par un de nos membres les plus dévoués des services rendus aux blessés, par notre œuvre, avaient bien voulu nous faire l'honneur de venir se rendre compte *de visu* des résultats obtenus par celle-ci.

A leur arrivée, les ministres furent reçus par le bureau du Comité. Le Dr Roy, président, leur présenta les membres de celui-ci et les remercia de vouloir bien rendre visite au Comité de secours fondé par l'Ecole Dentaire pour les blessés des mâchoires, si nombreux dans la guerre actuelle. Après une rapide inspection des locaux où les visiteurs purent constater dès l'abord l'affluence dans nos cliniques journalières des blessés provenant des ambulances de Paris et des environs, les deux chefs de service présentèrent aux ministres les types les plus intéressants des blessés traités en les faisant circuler entre les rangs de fauteuils où ceux-ci recevaient les soins des confrères, qui, avec le plus grand dévouement, se consacrent à cette œuvre humanitaire et patriotique depuis le début de la guerre. Ils leur montrèrent des mutilés de toute sorte, depuis les fractures les plus simples jusqu'aux éclatements complets de la mâchoire avec délabrements étendus.

La plupart de ces blessés étaient porteurs d'appareils exécutés par les soins du Comité pour la réduction, la contention ou la restauration de leurs mâchoires.

Les ministres purent se rendre compte notamment des inconvénients graves qui résultent pour les blessés des mâchoires de l'intervention tardive du chirurgien-dentiste dans le traitement de leurs blessures en voyant divers malades venus au Comité à des périodes plus ou moins éloignées du début. Ils purent voir certains de ceux-ci traités quelques jours après la blessure et guéris sans déformation, certains avec régénération osseuse étendue, malgré des lésions graves, tandis que d'autres, traités tardivement, présentaient des déformations et des troubles fonctionnels irrémédiabes, malgré des lésions primitives relativement faibles.

Avec un intérêt qu'ils voulaient bien sans cesse témoigner, les deux ministres poursuivirent ainsi longuement cette visite, mani-

festant leur admiration pour les résultats obtenus par notre Comité de secours dans le soulagement des malheureuses victimes de la guerre.

La visite du Comité fut suivie d'une visite au Dispensaire militaire de l'Ecole qui fut malheureusement écourtée par l'heure, mais dans laquelle les ministres purent néanmoins se rendre compte de l'importance des services rendus par ce dispensaire aux militaires de la garnison de Paris pour les soins dentaires. On leur présenta notamment un certain nombre de soldats en passe d'être réformés pour absence de dents et qui avaient pu, grâce aux appareils qui leur avaient été confectionnés par l'Ecole, être rendus au service actif.

En se retirant MM. Jules Guesde et Marcel Sembat tinrent à féliciter les membres du Comité de secours de l'œuvre poursuivie par eux. Avec une émotion non dissimulée, ils leur dirent l'admiration qu'ils avaient ressentie pour leur dévouement et pour les résultats obtenus grâce à leurs efforts. Ils remercièrent enfin tous les services de l'Ecole dentaire de Paris du concours apporté par eux au soulagement des soldats.

Le Président du Comité remercia, au nom de celui-ci et au nom de l'Ecole dont il est une des branches, les ministres de leur visite, il leur fit remarquer qu'en outre des résultats qui les avaient tant frappés dans le soulagement de nos vaillants blessés le Comité se trouve apporter, une aide efficace à l'Etat en diminuant le nombre des infirmes permanents en sorte que, d'une part, nombre de blessés sont remis en état de reprendre du service actif et que, d'autre part, cela diminuera d'autant le nombre des pensions de retraites à servir plus tard à ces mutilés, d'où économie notable pour les finances publiques. Il pria enfin les ministres de vouloir bien appuyer auprès de la direction du Service de santé les demandes du Comité tendant à obtenir une extension plus grande encore de ses services pour travailler d'une façon toujours plus grande au soulagement des blessés.

Dispensaire militaire de l'Ecole dentaire de Paris.

Nous avons publié dans notre numéro du 30 mars le projet présenté par M. Paul Strauss, sénateur de la Seine, à la Commission supérieure consultative du Service de santé relativement à l'organisation des services dentaires militaires. On a vu que ce projet, en mentionnant les services centraux de stomatologie et

de prothèse maxillo-faciale créés par la circulaire ministérielle du 10 novembre 1914 à Paris, Lyon, Bordeaux, énumère comme Hôpital militaire central le Val-de-Grâce à Paris, auquel sont annexés à Lyon, Bordeaux, Nancy, les dispensaires et laboratoires des écoles dentaires d'Etat ou reconnues d'utilité publique, avec leur personnel de chirurgiens et de mécaniciens-dentistes affectés à cet effet. On a vu également que ce projet propose *d'étendre la même mesure aux écoles dentaires de Paris.*

Cela est chose faite pour le Dispensaire militaire de l'Ecole dentaire de Paris. En effet, par lettre du 14 avril dernier le Médecin inspecteur, Directeur du Service de santé du Gouvernement militaire de Paris a informé le Président de l'Ecole dentaire de Paris que le Ministre de la Guerre l'a avisé qu'il accepte avec reconnaissance la coopération de l'Ecole dentaire de Paris aux soins de chirurgie et de prothèse dentaires donnés aux blessés dans les hôpitaux de complément.

Par une lettre du 10 mai adressée au Président du Comité de secours aux blessés des maxillaires et de la face, le Directeur du Service de santé a confirmé cette acceptation en ce qui concerne le Comité de secours.

Cette mesure consacre les louables efforts faits par l'Ecole dentaire de Paris et son Comité de secours aux blessés des maxillaires et de la face pour contribuer à améliorer l'état physique de nos valeureux défenseurs.

Erratum.

Une erreur s'est glissée dans la liste des souscripteurs du *Comité de secours aux blessés* que nous avons publiée. On lit dans la 1^{re} colonne :

M. X. (Viau). 70 fr.

Cette somme devait se décomposer ainsi :

M. Logan, chirurgien-dentiste à Versailles.	50 fr.
M ^{me} Henry.	20 fr.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

Réponse de M. le Ministre de la Guerre à la question n° 1749, posée, le 25 mars 1915, par M. Mourier, député.

M. Mourier, député, demande à M. le Ministre de la Guerre s'il est exact que dans certaines régions de corps d'armée le grade de médecins auxiliaires a été conféré à des chirurgiens-dentistes ne possédant aucune inscription de doctorat en médecine.

Réponse.

Il n'est pas à la connaissance du Ministre que le fait signalé se soit produit.

(*Journal officiel* du 8 avril 1915, p. 1990).

Soins dentaires aux militaires anglais.

Près de 4.000 soldats et recrues ont reçu des soins dentaires au Royal Dental Hospital de Leicester Square, à Londres, depuis le commencement de la guerre.

**

Dans une réponse adressée par M. Tennant, dans les journaux du Parlement britannique, à M. Kinloch-Cooke, M. Tennant déclare que des dentistes sont attachés au corps expéditionnaire de la Nouvelle-Zélande. Des dentistes et des mécaniciens, avec le matériel nécessaire ont été fournis au corps expéditionnaire anglais, des dentistes ont été nommés dans toutes les grandes garnisons de la Grande Bretagne et il en sera nommé davantage, si besoin est.

Exemples à suivre.

Les dons faits au Dental Hospital de Londres (Leicester Square) en 1914 se sont élevés à 214.125 fr. Un legs de 25.000 fr. lui a été fait par M. Walter Hale pour des travaux de recherches.

Chirurgiens-dentistes dans l'armée allemande.

C'est la première fois, dans l'armée allemande, que des chirurgiens-dentistes sont attachés aux troupes en campagne pour exercer leur art. Ils rendent de signalés services dans le traitement des fractures des maxillaires.

(*Hamburger Fremdenblatt.*)

Le service sanitaire dans l'armée roumaine.

Art. 1. — Les médecins, vétérinaires, pharmaciens, les dentistes, avec un titre académique et les étudiants en médecine, pharmacie, et les vétérinaires, qui ne sont pas inscrits sur les contrôles de l'armée, sont obligés, en temps de mobilisation et de guerre, à servir jusqu'à l'âge de 65 ans.

Art. 2. — Le personnel sanitaire prévu dans ladite loi est réparti dans les différentes formations sanitaires suivant l'aptitude physique et l'âge, en tenant compte des spécialités et des besoins civils et militaires.

Art. 3. — Les médecins, vétérinaires, pharmaciens, les chirurgiens-dentistes, ainsi que les étudiants en médecine à partir de la 4^e année, sont répartis pour la hiérarchie, dans une des classes qui suivent :

Médecin, pharmacien, vétérinaire (chef),
 — — — — — (sous-chef),
 — — — — — (aide),

qui doivent fonctionner dans différentes formations sanitaires.

Les étudiants de 1^{re}, 2^e et 3^e année en pharmacie et en médecine vétérinaire sont classés en deux séries :

Auxiliaire de 1^{re} classe,

— 2^e —

Le groupement dans les deux classes est établi, d'après le titre nouveau d'inscription et les années de pratiques.

Solde.

Médecin chef 650 fr. Sous-chef 500 fr.

Médecin 300 fr. Aide médecin 180 fr.

Auxiliaires de 1^{re} classe 80 fr. Auxiliaire de 2^e classe 40 fr.

Les médecins, pharmaciens, vétérinaires, les chirurgiens-dentistes reçoivent 400 fr. pour l'équipement. Les auxiliaires de 1^{re} et 2^e classe sont équipés par leurs corps respectifs.

Congrès dentaire du Panama-Pacifique

Le Comité national français tient à la disposition des chirurgiens-dentistes désireux d'assister au Congrès dentaire de San Francisco, qui aura lieu du 30 août au 9 septembre 1915, des cartes d'admission. Le montant de la cotisation est de 10 dollars (52 fr.). S'adresser au Secrétariat, 45, rue de La Tour-d'Auvergne, pour verser cette somme et retirer la carte de membre.

HYGIÈNE

COMITÉ NATIONAL FRANÇAIS D'HYGIÈNE DENTAIRE.

Communication à l'Assemblée générale de la F. D. N. du 21 février 1914.

Le C. N. F. H. D. a demandé à la F. D. N. de figurer à l'ordre du jour de la réunion d'aujourd'hui pour exposer sommairement son action depuis sa fondation en 1911. Cette action était toute tracée dans le programme assigné aux comités de ce genre par la Commission d'hygiène de la F. D. I. Ce programme est succinctement le suivant :

- 1^o Répandre l'hygiène buccale ;
- 2^o Créer dans chaque ville des cliniques dentaires scolaires ;
- 3^o Fournir aux écoles et casernes des moyens d'enseigner l'hygiène dentaire (tableaux muraux, conférences, services d'inspection et de traitements dentaires par des chirurgiens-dentistes) ;
- 4^o Provoquer la création ou l'extension des services dentaires dans l'armée de terre et de mer ;
- 5^o Propager les idées d'hygiène dentaire dans les centres industriels ;
- 6^o Fournir gratuitement des brosses à dents aux indigents.

Le Comité s'est donc efforcé de réaliser, dans la mesure de ses moyens, les articles de ce programme et, en fait, chacun d'eux a reçu un commencement d'exécution.

Tout d'abord il a provoqué dans le 8^e arrondissement de Paris, où ses relations avec la municipalité lui rendaient la chose plus facile, la création de la première clinique dentaire scolaire. Le service comprend l'inspection et le traitement dentaire. La clinique, fondée depuis 18 mois, est subventionnée par la Caisse des écoles ; elle fonctionne avec régularité et, à la fin de la 1^{re} année, elle avait donné à 250 enfants les consultations et soins dont ils avaient besoin. Au service d'inspection et de traitement d'urgence qui fonctionnait seul au début est venu s'adjointre, grâce à un nouveau sacrifice de la Caisse des écoles, un service de traitement complet pour les enfants nécessiteux.

Cette création devant, pour nous, servir de type et d'exemple, le Comité s'est adressé directement aux Maires des 19 autres arrondissements de Paris pour appeler leur attention sur l'utilité de créations semblables et leur fournir à cet égard tous documents et renseignements nécessaires.

Cet appel, secondé d'ailleurs par l'action directe sous forme d'interventions individuelles, a été entendu et des cliniques de ce genre sont en voie de formation dans les 9^e, 10^e et 14^e arrondissements.

Inutile d'ajouter que le comité s'est mis à la disposition des municipalités pour l'organisation de ces cliniques et le recrutement du personnel nécessaire à leur fonctionnement.

Notre action dans les milieux scolaires ne s'est pas bornée là : nous avons entrepris dans les écoles une propagande — avec l'autorisation du Ministre de l'Instruction publique bien entendu — au moyen de tableaux muraux, offerts par le Comité et qui sont apposés dans toutes les écoles de France. Un premier don de 2.500 de ces affiches sera suivi de nouveaux envois.

Grâce à l'idée heureuse d'un des membres de son Conseil d'administration, M. Lamy, inspecteur général de l'Instruction publique, le Comité a pu entreprendre plus économiquement d'une autre façon la propagande dans les écoles, au moyen de dictées scolaires, très simples, très courtes, mais graduées qui ont été envoyées à un certain nombre de journaux pédagogiques auxquels les maîtres empruntent souvent les sujets des devoirs donnés à leurs élèves.

Le Comité a eu recours aussi à la vulgarisation de l'hygiène dentaire par la conférence et, entre autres, son secrétaire général a fait une conférence de ce genre à l'Association des dames de France, et son Président en a fait une à l'Ecole normale d'instituteurs de la Seine ; d'autres suivront.

Enfin, lors de la préparation de la loi sur l'inspection médicale scolaire, le Comité a envoyé une délégation à la Commission, à la Chambre des députés, pour exposer les moyens pratiques d'organiser des services d'inspection et de traitement dentaires dans les écoles primaires.

Le Comité a songé aussi à la propagande par voie d'affiches dans les établissements de l'Assistance publique de Paris. Sur son initiative et grâce à l'intervention de M. Mesureur, directeur de cette vaste Administration, des affiches ont été également apposées dans tous les services hospitaliers pour signaler l'importance de l'hygiène dentaire.

Le Comité compte beaucoup sur ce moyen d'action, qui s'exercera principalement dans les classes déshéritées de la fortune, où l'hygiène sous toutes les formes a encore tant à faire.

Au point de vue militaire, le Comité n'est pas demeuré inactif. A la suite d'une circulaire adressée par le Ministre de la Guerre, le 29 janvier 1913, aux directeurs du Service de santé de chaque corps d'armée pour lui demander un rapport sur les modifications

ou améliorations à apporter à l'organisation et au fonctionnement du service dentaire de l'armée, le Comité adressa le 22 février à ces Directeurs, ainsi qu'au Ministre de la Guerre, une lettre et un rapport indiquant les modifications et améliorations que, suivant lui, ce service comportait.

Un certain nombre de médecins-majors, auxquels ces rapports ont été communiqués, ont adressé au Comité des réponses montrant que ses indications avaient été prises en considération.

Un des vice-présidents du Comité, M. Franchette, et un des membres, M. Frey, ont été appelés par la Section technique du Service de santé à donner leur avis sur l'organisation des services dentaires de l'armée.

En ce qui concerne les milieux industriels une circulaire a été adressée le 15 juillet 1913 aux présidents des Syndicats généraux du Commerce et de l'Industrie pour attirer leur attention sur l'importance de l'hygiène dentaire au point de vue économique et social.

Entre autres moyens de propagande, actuellement en projet ou en voie de réalisation, il y a lieu de mentionner des films cinématographiques démontrant l'utilité des soins dentaires. Des pourparlers avec une des plus importantes entreprises de cinématographes de France ont abouti et sous peu le Comité compte faire représenter par ce procédé, aujourd'hui si répandu dans tous les pays jusqu'à dans les bourgades les plus infimes, des scènes de nature à faire impression sur les grandes personnes et sur les enfants, quant à la nécessité de l'hygiène buccale.

L'efficacité de ce moyen pour l'instruction du public, pour illustrer des conférences sur cette hygiène, est, comme on sait, considérable et n'a pas besoin d'être soulignée plus longuement. Des films semblables existent en Amérique, en Allemagne et nous serons heureux si, grâce à notre Comité, il peut exister un adapté aux besoins de la propagande dans notre pays.

Il semble inutile de mentionner les autres projets dont le Comité s'occupe ; il sera préférable de les indiquer lorsqu'ils auront revêtu le caractère de réalités tangibles. Ce court exposé paraît suffisant pour montrer ce qu'a fait le Comité depuis sa fondation. Certes il a encore devant lui un immense champ d'activité ; il n'en a pas moins fait jusqu'ici une œuvre intéressante que la Fédération jugera sans doute mériter un encouragement et nous serons très heureux de recevoir toutes les suggestions qu'elle pourra nous faire en vue d'étendre de plus en plus et le plus efficacement possible l'œuvre du Comité national français d'hygiène dentaire.

NÉCROLOGIE

Notre confrère M. Gaston Fouques, vice-président de l'A.G.S.D.F., vient d'avoir la douleur de perdre sa mère à l'âge de 76 ans, le 11 de ce mois.

Nous adressons à notre confrère et à sa famille nos bien sincères condoléances.

Morts au champ d'honneur.

Nous apprenons que M. le Dr Grimbert, Directeur de la pharmacie centrale des hôpitaux, professeur honoraire à l'Ecole dentaire de Paris, a perdu son fils, qui a été tué à l'ennemi.

Notre confrère M. Castanier, ancien élève de l'Ecole dentaire de Paris, établi depuis 4 ans à St-Etienne (Loire), a été tué aux environs de Sarrebourg le 20 août.

Nous adressons à M. Grimbert, à M. Castanier et à leurs familles l'expression émue de notre sympathie et nos très sincères condoléances, avec nos profonds regrets.

NOUVELLES

Légion d'honneur.

M. le Dr Frey.

Nous apprenons avec le plus grand plaisir la nomination au grade de chevalier de la Légion d'honneur de M. le Dr Frey, médecin major de 2^e classe, chef du service de stomatologie et de prothèse maxillo-faciale à l'hôpital militaire du Val-de-Grâce.

M. Frey a été pendant de longues années professeur à l'Ecole dentaire de Paris et son enseignement était des plus appréciés. L'honorariat lui a été conféré lorsqu'il a été nommé examinateur à la Faculté de médecine pour les examens à la suite desquels est conféré le diplôme de chirurgien-dentiste.

Au début de la guerre il fut mobilisé comme médecin-major dans un régiment d'artillerie lourde et fit les premiers mois de la

campagne en cette qualité. Evacué pour raison de santé sur l'arrière, il a été placé à la tête de l'important service du Val-de-Grâce, qu'il dirige avec sa haute compétence.

Nos lecteurs ont pu voir par ce que nous publions d'autre part que le Dispensaire militaire de l'Ecole dentaire de Paris, avec son Comité de secours aux blessés de la face et des maxillaires, est maintenant, depuis le 14 avril, rattaché à ce service, dont il constitue pour ainsi dire une annexe. L'intervention de M. Frey n'est pas étrangère à cette reconnaissance officielle de notre œuvre.

En adressant à notre distingué confrère nos plus chaleureuses félicitations, nous saisissons cette occasion de lui exprimer ici toute notre gratitude.

M. le professeur Quénou.

Nous avons le plaisir d'apprendre la promotion au grade d'officier de la Légion d'honneur de M. le professeur Quénou, de la Faculté de médecine de Paris. M. Quénou a dirigé pendant de longues années les travaux pratiques de dissection à l'amphithéâtre d'anatomie des hôpitaux, travaux suivis par nos élèves.

Nous le prions d'agréer nos vives félicitations.

A l'ordre du jour de l'armée.

On nous communique la citation à l'ordre du jour suivant dont a été l'objet notre confrère M. Vais, auquel nous sommes heureux d'adresser nos très vives félicitations, ainsi que nos souhaits de prompt rétablissement.

Ordre de la Division.

Le général commandant la 17^e division d'infanterie, cite à l'ordre de la Division : Vais Elias, médecin auxiliaire au 125^e régiment d'infanterie.

A toujours assuré son service avec le plus grand dévouement. A été blessé d'une balle à la cuisse, en allant, malgré une fusillade très vive, visiter des malades et blessés, au poste de commandement du chef de bataillon le 2 avril 1915.

Le général commandant la 17^e division : Guignabaudet.

L'ODONTOLOGIE

TRAVAUX ORIGINAUX

FRACTURE DES MAXILLAIRES SUPÉRIEUR ET INFÉRIEUR

Traitemen^t à l'aide d'un appareil en aluminium coulé.

Par G. GRAVIÈRE, de Bourges.

(*Communication à la Société d'Odontologie, 9 juin 1914.*)

Le blessé est un jeune garçon de ferme de 24 ans. En entrant dans une écurie il reçoit, à bout portant, un coup de pied de cheval qui l'atteint à la pointe du menton. Il tombe évanoui perdant le sang par le nez la bouche et les oreilles. On le conduit immédiatement à la clinique de mon très estimé collègue le Dr Milhiet, qui diagnostique diverses fractures des maxillaires.

Je suis appelé le lendemain et, constatant que le blessé, remis de sa commotion, peut se déplacer, je décide, pour la commodité de l'intervention, de le faire conduire à mon cabinet.

A l'examen je trouve, pour le maxillaire inférieur, une fracture qui me paraît exister au niveau du col de chaque condyle, et sur le corps de ce maxillaire une fracture en biseau, située entre la première et la deuxième grosse molaire, le long de la ligne mylo-hyoïdienne gauche.

Le choc du maxillaire inférieur contre le supérieur fit éclater le sinus droit, et la face antérieure de ce sinus fut projetée vers la joue, ainsi que les dents implantées.

Par suite du même choc, la partie postérieure des cavités glénoïdes fut défoncée et les conduits auditifs externes écrasés.

Il était donc urgent de construire deux appareils de con-

tention pour les fractures. L'appareil du maxillaire inférieur devait pouvoir, en outre, tirer en bas les branches montantes, afin de dégager les cavités glénoïdes et les condyles.

La bouche, tuméfiée et sanguinolente, permet difficilement l'entrée du porte-empreinte, mais tout se passa cependant pour le mieux en prenant le moulage des fragments brisés au « godiva » enduit de vaseline.

Lorsque les empreintes furent coulées et les modèles dépouillés, je fis sur le plâtre la réduction des fractures, opération rendue facile par la présence de presque toutes les dents et la trace de leurs points de contact.

La mâchoire ainsi reconstituée, je commençai immédiatement la fabrication des appareils de contention, en aluminium coulé : pour le maxillaire supérieur, un appareil très simple ne devant embarrasser la bouche que le moins possible.

Une bague en aluminium entourant la plus fortement incluse des grosses molaires, entraînées dans la joue avec la face antérieure du sinus, et, sur la partie indemne de ce maxillaire, une légère gouttière en aluminium laissant libre le bord triturant des incisives et des prémolaires.

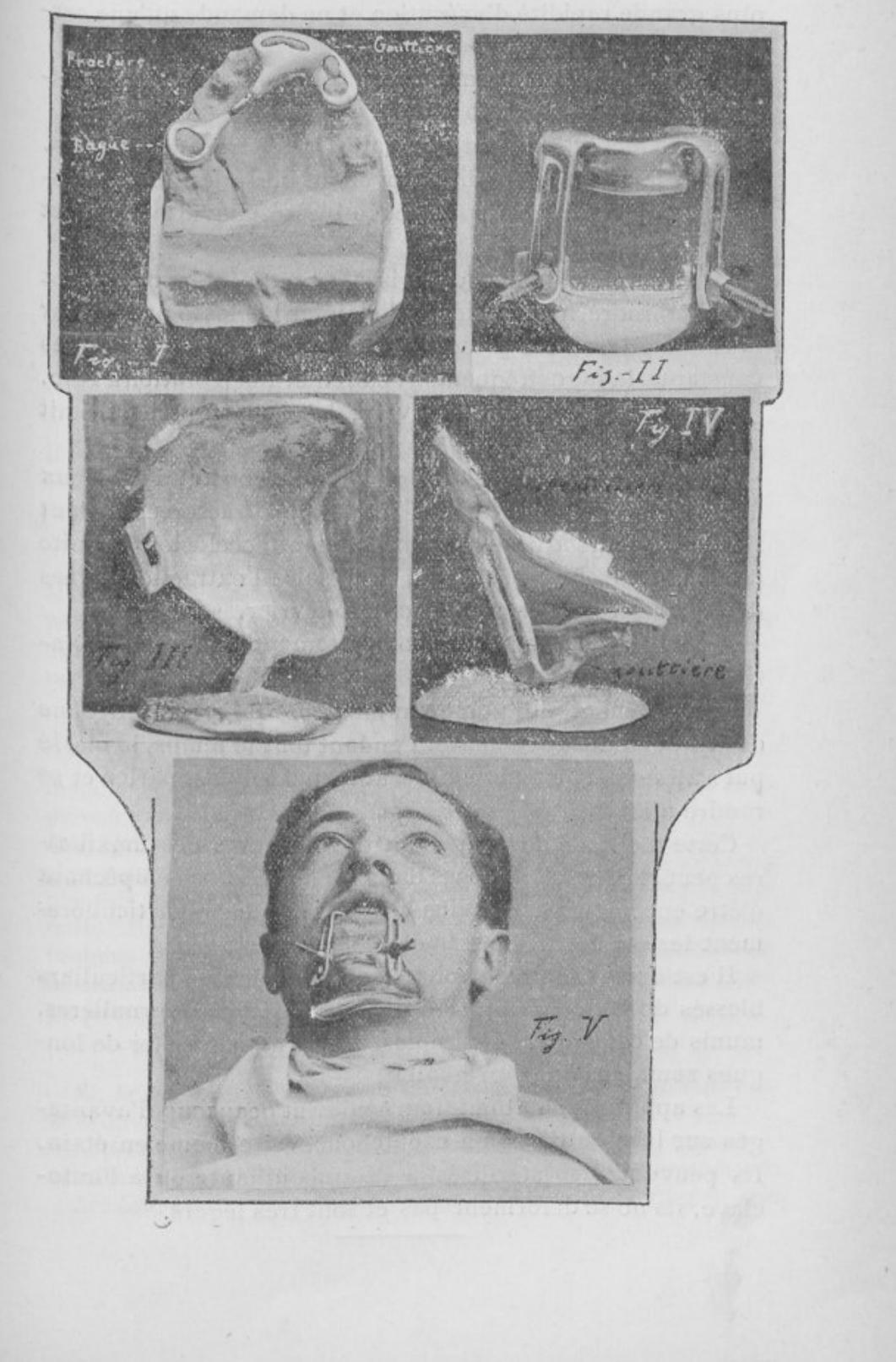
Pour réunir la bague à la gouttière, une vis de Jack permettant un maintien rigide de la fracture.

Pour la contention du maxillaire inférieur, j'eus recours aux précédentes indications de Martinier et Delair.

Je construisis une gouttière en aluminium moultant exactement toutes les dents restantes. Sur cette gouttière et fondues en même temps qu'elle deux bandes devant descendre perpendiculairement devant le menton après avoir contourné la lèvre inférieure. Ces bandes furent fendues dans toute leur longueur.

Une mentonnière fut également coulée, présentant sur son bord antérieur deux saillies munies de vis à métier. Ces saillies, situées vis-à-vis des bandes de la gouttière, servirent à maintenir celle-ci fortement serrée contre la mentonnière.

Il est intéressant de noter que mentonnière et gouttière peuvent être coulées d'un seul jet dans le gros cylindre de la presse Solbrig-Platschick. Cette méthode permet une



plus grande rapidité d'exécution et ne demande qu'une certaine pratique pour être sûre.

Les appareils de maintien furent mis en place le surlendemain de l'accident (10 janvier 1914).

Les réductions purent être faites sans trop de douleur.

Le 15 janvier, la surdité provenant de la lésion des conduits auditifs avait disparu et le blessé pouvait parler et avaler du bouillon.

Le 22, les plaies étaient cicatrisées et, nulle infection n'étant plus à craindre, nous décidons de laisser le blessé partir pour la campagne, ne lui prescrivant que des soins hygiéniques constants: lavages fréquents à l'eau chloralée, solution à 20/0.

Le 31 le malade vint me voir; la soudure osseuse était terminée.

Les appareils furent alors enlevés et je constatai que deux dents de sagesse situées sur les parties fracturées étaient sorties de leurs alvéoles et empêchaient l'occlusion parfaite de la bouche. Je jugeai donc nécessaire l'extraction de ces dents, que je fis par prudence le 10 février.

La bouche put se fermer complètement et aucune déviation ne fut remarquée.

Ce traitement dura donc un mois, ce qui est la moyenne des traitements de ce genre. Pendant tout le temps, le blessé put s'alimenter, mastiquer des aliments solides, parler et se rendre utile.

Cette méthode de traitement des fractures des maxillaires peut rendre des services dans les hôpitaux en empêchant d'être encombrants certains blessés de la face, particulièrement les militaires blessés en campagne.

Il est enfin infiniment plus agréable pour les particuliers blessés de pouvoir vaquer à leurs occupations journalières, munis de ces appareils simples, plutôt que de rester de longues semaines dans un hôpital.

Les appareils en aluminium coulé ont beaucoup d'avantages sur les gouttières en caoutchouc, voire même en étain. Ils peuvent être stérilisés à l'eau bouillante ou à l'autoclave, ils ne se déforment pas et sont très légers.

SOCIÉTÉS SCIENTIFIQUES

SOCIÉTÉ D'ODONTOLOGIE DE PARIS

Séance du mardi 9 juin 1914.

Présidence de M. JEAY.

La séance est ouverte à 9 heures 1/4.

Le président fait part des excuses de MM. Lemière, secrétaire-général, Godon et Amoedo.

I. TRAITEMENT D'UNE FRACTURE DU MAXILLAIRE INFÉRIEUR PAR UN APPAREIL EN ALUMINIUM, PAR M. GRAVIÈRE.

M. Gravière donne lecture de sa communication, qui est publiée dans le présent n°, p. 121.

Il ajoute : Si j'ai pu exécuter rapidement et facilement ce travail c'est que dès l'apparition de la presse Solbrig je me suis exercé à l'emploi de ce procédé de coulage des métaux ; pour l'exécution de cet appareil je me suis appuyé sur les travaux de MM. Delair, Penelet, Martinier. On a reproché à l'aluminium une teinte grise. S'il n'est pas pur, l'aluminium a une teinte foncée, qui n'est pas très engageante. Mais si l'on arrive à polir convenablement l'aluminium pur, il a une teinte nickelée qui est acceptable.

L'aluminium est un métal qui est très propre à employer pour nos appareils, il est très hygiénique.

Je termine en disant que pour obtenir des résultats avec des métaux comme l'aluminium, il faut s'exercer d'avance, il faut prévoir ce qui peut se présenter dans notre pratique, surtout nous qui sommes en province. Il faut prévoir le cas où le chirurgien pourrait avoir besoin de nous. Toutes les innovations au point de vue de la prothèse para ou extra-dentaire doivent retenir notre attention et ne pas nous laisser indifférents. Nous devons toujours faire des appareils pour nous-mêmes, comme travaux de laboratoire. Si je n'avais jamais fait de gouttière, je n'aurais pas pu poursuivre le traitement qui m'a été confié.

DISCUSSION.

M. le président. — Au nom de tous mes confrères je remercie M. Gravière de sa très intéressante communication.

A propos de son diagnostic de fracture du condyle, comment M. Gravière a-t-il pu faire ce diagnostic d'après ces symptômes ?

M. Gravière. — J'ai établi le diagnostic avec le chirurgien qui

m'avait amené le malade. Les deux conduits auditifs étaient bouchés. Il y eut une hémorragie du côté du conduit auditif externe. Il n'y a guère que le col du condyle qui aurait pu se fracturer dans le choc et les deux condyles ont été enfouis dans la cavité glénoïde.

Le président. — Dans le cas de fracture du condyle, cela entraîne un déplacement énorme du maxillaire.

M. Gravière. — Le maxillaire n'était pas dans sa position normale. Ses dents du bas étaient à un centimètre et demi en retrait sur les incisives du haut. La mâchoire était projetée en arrière. Quand nous avons mis l'appareil en place le patient a eu un soulagement appréciable. La gouttière a été serrée fortement, elle a tiré le maxillaire en bas et toute cette partie-là s'est tendue. Il avait un œdème considérable de la face.

M. Roy. — Vous voudrez bien me permettre de vous dire que je pense que vous avez fait une petite erreur de diagnostic d'après la lecture de votre observation, et voici pourquoi. Les symptômes que vous nous décrivez chez votre malade sont exactement les symptômes de la fracture de l'os tympanal, c'est-à-dire la projection, l'enfoncement des condyles du maxillaire à travers la paroi antérieure du conduit auditif externe, en arrière de la cavité glénoïde, et non ceux de la fracture des condyles.

Vous savez que dans les traumatismes, les hémorragies par le conduit auditif sont un symptôme extrêmement important ; en effet, à moins de plaie directe de l'oreille, les hémorragies du conduit auditif reconnaissent deux causes : ou la fracture du rocher, ou l'enfoncement de l'os tympanal par le condyle du maxillaire inférieur, généralement à la suite de traumatismes portant sur la partie antérieure du maxillaire sur le menton.

Vous ne devez pas avoir eu fracture du condyle parce que si vous aviez eu fracture du condyle, il y aurait eu peu de chance pour que vous ayiez fracture de l'os tympanal et par conséquent hémorragie par le conduit auditif ; car, pour que la fracture du condyle se produise il faut que justement ce condyle rencontre en arrière, du côté de l'os tympanal, une résistance suffisante pour pouvoir être fracturé. C'est l'os tympanal qui paraît avoir été fracturé, ce n'est pas le condyle et tous les phénomènes que vous avez décrits concordent tout à fait avec ceux qu'on observe dans le cas de fracture de l'os tympanal. Ceci, je m'empresse de le dire, n'infirme en rien, ne modifie en rien le traitement que vous avez très judicieusement appliqué, mais cela a une certaine importance pour votre malade parce que cela lui a permis de guérir plus rapidement surtout si les phénomènes étaient doubles. S'il avait eu fracture double des condyles, cela pouvait

être une chose un peu sérieuse, néanmoins la fracture du condyle n'est pas toujours un accident particulièrement grave, car j'ai eu l'occasion de soigner une fracture du condyle dont j'ai rapporté l'observation ici. J'ai présenté le malade qui a guéri par l'emploi d'une simple bande de caoutchouc.

M. Gravière. — L'œdème était considérable dans la région et ne facilitait pas l'établissement du diagnostic. Ce qui a attiré notre attention, c'était le crissement au niveau du condyle. Nous n'avons pas songé que cela pouvait être l'os tympanal.

M. Roy. — La fracture pouvait à la rigueur intéresser à la fois le condyle et l'os tympanal, mais si vous avez eu hémorragie par le conduit auditif, elle intéressait sûrement l'os tympanal.

M. Gravière. — Dans l'examen que nous avons fait, nous avons pu constater qu'une oreille était plus touchée que l'autre.

Le blessé avait reçu le coup de pied en pointe sur le menton, mais venant légèrement d'une direction oblique. Ce coup de pied de cheval a été reçu du côté gauche et c'est l'oreille droite qui a été la plus atteinte. De ce côté il y a eu un déplacement du maxillaire non seulement en arrière, mais légèrement sur l'oreille droite.

Nous avons pu faire une petite erreur de diagnostic imputable à l'état du malade et à la précipitation que nous avons mise dans l'intervention.

M. Roy. — Ces sortes de diagnostics sont très délicats. Ils le sont d'autant plus qu'on ne peut être aidé par la radiographie qui ne donnera rien dans un pareil cas. Il est impossible de radiographier l'articulation temporo-maxillaire. Dans votre cas, comme dans tous ceux de ce genre, la tuméfaction considérable qui existe souvent et presque toujours, même, est un gros obstacle pour l'examen du malade.

Au point de vue de la surdité du malade, elle était due à l'enfoncement du condyle à travers son conduit auditif. Si l'os tympanal n'avait pas cédé, il était impossible que le condyle pénétrât dans le conduit auditif. Le fait que la surdité a disparu lorsque vous avez appliqué votre appareil de contention vient montrer encore qu'il ne s'agissait probablement pas d'une fracture du condyle autant qu'il est possible d'en juger, parce que, si vous aviez eu fracture du condyle par l'application de votre appareil vous auriez bien amené la partie inférieure de votre maxillaire, mais avec celle-ci vous n'auriez pas entraîné le condyle puisqu'il s'en serait trouvé séparé.

M. Gravière. — Certains ligaments musculaires qui se trouvaient sur le condyle auraient suivi la traction.

M. Roy. — On s'explique très bien que par la réduction de la fracture de la mâchoire et la remise en bonne position le condyle

se soit trouvé dégagé très rapidement du conduit auditif externe ce qui a permis le rétablissement de l'ouïe.

M. Gravière. — C'est ce que nous avons constaté 5 jours après la mise en place de l'appareil.

M. Roy. — Cet enfouissement de l'os tympanal n'est pas une chose connue. Il n'y a pas très longtemps qu'on a étudié cela. On en a parlé la première fois, je crois, lors d'un attentat politique. Crispi, ministre italien, a été victime d'un attentat qui, au premier abord, avait considérablement effrayé les médecins qui l'entouraient.

Il avait reçu une pierre sur la figure. Il avait eu une hémorragie par l'oreille, de sorte qu'on avait conclu de prime abord à une fracture du rocher. Mais la pierre l'avait frappé au menton, il y avait eu de ce fait fracture de l'os tympanal; c'était là une chose bénigne comparativement à une fracture du rocher.

En ce qui concerne le traitement appliqué, le traitement a été tout à fait judicieux. Je suis heureux de voir un appareil très bien fait, très bien exécuté, qui convient très bien dans la circonstance. La gouttière est certainement un des meilleurs agents que nous ayions pour la contention des fractures, soit qu'on place une gouttière en appliquant une mentionnière, soit qu'on emploie la gouttière simple qui dans nombre de cas suffit également.

Le point que M. Gravière a cherché à réaliser est certainement un de ceux vers lesquels on doit tendre le plus, c'est-à-dire le rétablissement le plus rapide possible des mouvements de mastication. Ceci a une très grosse importance pour la consolidation des fractures du maxillaire.

Dans les fractures, en général, on cherche maintenant à rétablir les mouvements le plus tôt possible chez les fracturés tandis qu'au contraire autrefois on immobilisait les malades très longtemps. Or tout membre qui ne fonctionne pas est un membre dont la circulation et la nutrition se ralentissent considérablement. Un os fracturé a besoin d'une nutrition très intense pour se consolider.

Ces méthodes ont été préconisées par Lucas Championnière.

Pour les fractures du maxillaire il y a un très gros avantage à rétablir les mouvements de la mâchoire parce que ces mouvements, en activant la circulation de toute la région, permettent une nutrition bien meilleure de tous les tissus. Le traitement des fractures de la mâchoire peut donc se comprendre ainsi : immobilisation des fragments mais non immobilisation de la mâchoire.

M. Gravière. — Ceci a un grand intérêt au point de vue du moral du patient, qui peut manger et parler au bout de peu de temps.

M. Fourquet. — M. Roy vient de dire en très grande partie ce

que j'avais à dire. Comme lui je ne suis pas d'avis qu'il y avait dans ce cas fracture du col du condyle, parce qu'il ne peut pas y avoir simultanément fracture du condyle et de la cavité glénoïde. Votre traitement de la fracture indique qu'il n'y avait pas fracture du condyle. S'il y avait eu fracture du condyle, il aurait fallu opérer des tractions sur votre maxillaire de façon à ce que le cal puisse se faire dans de bonnes conditions.

M. Gravière. — Mon appareil rétablissait les rapports qui doivent exister dans la région sus-hyoïdienne.

M. Fourquet. — Croyez-vous que les muscles sus-hyoïdiens constituaient un plan suffisant pour appliquer le maxillaire ?

M. Gravière. — Le malade semble me l'avoir indiqué.

M. Fourquet. — Dans un pareil cas je ne crois pas que les muscles de la région puissent servir de plan suffisant.

Les muscles ptérigoïdiens et masseters, par suite de ce traumatisme, étaient tuméfiés et vous savez que dans tout muscle qui est enflammé ou tuméfié les fibres ne se distendent pas aussi fortement que dans les muscles dont l'état est normal. Il y avait non seulement résistance du maxillaire inférieur, mais il y avait encore résistance de ces muscles qui étaient le siège d'un épanchement sanguin.

M. Gravière. — Je voyais le malade deux fois par jour, je lui resserrais les vis et chaque fois j'appuyais de toutes mes forces à deux mains pour serrer fortement la gouttière contre l'articulation que je voulais mobiliser, j'opérais une traction très violente sur les muscles. Le malade n'a jamais eu de tiraillements du côté musculaire : il m'aurait été impossible de prendre une empreinte s'il y avait eu un trismus trop avancé.

J'ai toujours pu faire ouvrir la bouche assez largement, le malade n'a jamais accusé une trop grande douleur. J'ai conclu que le muscle temporal n'était pas atteint.

M. Fourquet. — Il est plutôt étonnant qu'une fracture double du condyle n'entraîne pas de résistance des fibres musculaires.

M. Gravière. — Il peut y avoir une légère erreur de diagnostic, car nous n'avons pas eu le temps de faire ce diagnostic à fond. Nous avons constaté qu'il y avait un dégagement à opérer dans la région auriculaire, qu'il n'y avait pas de trismus, pas d'effort à faire pour ramener tout dans l'ordre et qu'en somme c'est bien un effort de haut en bas qu'il fallait opérer pour ramener tout en place dans la région qui était lésée.

M. Fourquet. — Au sujet de la surdité, il faut croire que la fracture de l'os tympanal n'était pas très considérable si au bout de 3 jours la surdité disparaissait. C'est l'épanchement

sanguin qui a donné cette surdité passagère. Il ne faut pas que cette fracture ait été considérable pour que cet épanchement sanguin finisse au bout de 2 ou 3 jours.

M. Gravière. — Nous avons constaté que la surdité était plus prononcée du côté droit que du côté gauche. La fracture du maxillaire inférieur a eu lieu dans la direction du coup de pied. Le maxillaire supérieur était fendu dans son sinus droit. Le malade avait une surdité plus prononcée du côté droit que du côté gauche.

M. Fourquet. — La fracture était-elle compliquée ou simple ?

M. Gravière. — Pour le maxillaire inférieur il s'est produit une cicatrisation presque immédiate. Pour le maxillaire supérieur il y a eu un empyème occasionné par le traumatisme ; il a cédé presque immédiatement et j'ai pu opérer la réduction. Je n'ai plus eu à faire de ponctions ni de lavages pendant le cours du traitement : la cicatrisation s'est faite tout de suite. Il n'y avait pas de plaie cutanée et n'ayant pas eu d'infection, nous avons pu renvoyer le malade chez lui au bout de 10 à 15 jours de traitement.

M. Fourquet. — Je ne suis pas partisan des attelles métalliques extérieures parce qu'elles gênent le malade.

M. Gravière. — Pas celles-là.

M. Fourquet. — Je serais plutôt partisan des attelles latérales sur le menton. La contention se fait automatiquement ; le malade ne peut pas faire de mouvements de mastication, mais on peut suppléer à ces mouvements de mastication par une alimentation liquide et très substantielle. On peut faire aussi des massages.

Le malade peut ainsi vaquer à ses affaires. Par ce procédé vous exercez une action continue. Avec une attelle élastique de caoutchouc vous arrivez à soulever le maxillaire inférieur et à l'appliquer sur le maxillaire supérieur. La consolidation se fait automatiquement.

M. Gravière. — J'ai calculé la bande de façon qu'elle gêne le moins possible la lèvre inférieure. Le premier appareil que j'ai fait a été appliqué sur un sujet et j'ai vu comment cela se comportait. Il y a un libre jeu.

Ce premier appareil avait les deux attelles trop éloignées l'une de l'autre et elles écartaient de ce fait la commissure des lèvres et provoquaient même une gerçure. J'ai reconnu cet inconvénient tout de suite et j'y ai remédié. Par la suite je n'ai pas eu d'irritation des lèvres, je n'ai d'un autre côté pas remarqué de compression.

Je crois qu'au point de vue de la rigidité on obtient le maximum avec ces vis. J'ai mis en pratique ce qui avait été fait par

d'autres. J'ai eu à choisir entre la bande élastique et la bande mentonnière. Mon premier procédé a été celui des vis. J'ai lu depuis avec un très grand intérêt votre observation sur l'application des attelles. L'un et l'autre procédé peuvent être employés. Pour mon compte personnel j'avais étudié la technique de cet appareil-là ; d'autre part je l'avais expérimenté : je n'ai pas choisi entre deux méthodes, car il me fallait surtout aller vite.

J'ai vu votre communication très intéressante sur le traitement des fractures du maxillaire par les attelles élastiques. Je rentre dans cette considération qu'il faut un appareil approprié au traitement qui convient. Il faut donc connaître tous les procédés et appliquer le remède comme il convient.

M. Martinier. — Je voudrais moi aussi remercier M. Gravière qui est venu nous apporter ce soir le fruit de son travail. Je voudrais le féliciter surtout des quelques paroles que je l'ai entendu prononcer tout à l'heure au sujet de sa préparation au traitement des fractures du maxillaire. J'ai entendu notre confrère dire qu'il s'était employé pendant un certain temps à fabriquer des appareils en prévision de l'éventualité d'avoir à en exécuter un.

Je suis heureux de voir un confrère de province s'intéresser à la prothèse chirurgicale et restauratrice en faisant des travaux qui le mettent à même d'avoir la compétence nécessaire pour traiter les cas qui peuvent se présenter à lui.

A l'heure actuelle le chirurgien-dentiste ne doit pas refuser de traiter les cas où il est appelé comme collaborateur immédiat du chirurgien. C'est pourquoi je me réjouis d'entendre M. Gravière dire qu'il a fait des efforts pour être à la hauteur de sa tâche le jour où les circonstances voudraient qu'un chirurgien fasse appel à sa compétence.

Je félicite notre confrère de sa communication qui est intéressante. Il nous a parlé de l'extraction de deux dents de sagesse. Parmi ces deux dents de sagesse l'une était prise dans l'une des attelles qu'il a employées. Je crois qu'il était souhaitable que le moyen de rétention de l'attelle externe fût plus éloigné de la ligne médiane pour donner une force de rétention plus grande à la partie postérieure de l'attelle. Peut-être aurait-il évité ainsi la sortie de la dent de sagesse de son alvéole. L'application de l'attelle externe a eu pour résultat immédiat d'appuyer trop sur la partie antérieure de la mandibule.

D'une manière générale on abandonne maintenant les mentonnières pour revenir aux attelles simples et aux attelles en aluminium du genre de celles qu'a faites notre confrère ; elles sont très suffisamment rigides, facilement supportables et per-

mettent de faire l'antisepsie de la bouche. Elles permettent en même temps de maintenir énergiquement les fragments.

On scelle ce genre d'attelle avec du ciment sur les dents restantes.

Claude-Martin, de Lyon, a imaginé depuis un certain temps un procédé qui permet d'obtenir la mobilisation des fragments par les massages et la mise de coins sur les fragments postérieurs. Il pose ensuite une simple attelle qui est cimentée sur les dents et maintient la fracture.

Ce qu'il faut chercher, c'est à obtenir le meilleur résultat avec le plus de simplicité possible, tout en laissant sa liberté à l'articulation temporo-maxillaire.

Il ne faut pas revenir aux frondes plus ou moins élastiques qui avaient pour inconvénient de gêner ces mouvements.

Maintenant que j'ai dit à notre confrère tout le bien que j'avais à dire de sa communication, je voudrais poser à M. Fourquet une question. Il a fait le reproche à M. Gravière de ne pas avoir employé un appareil permettant d'exercer une traction sur le condyle. Je ne connais pas d'appareil de ce genre. Quel appareil emploie-t-il pour exercer une traction sur le condyle en cas de fracture ?

M. Fourquet. — J'ai prié notre confrère de nous dire comment il avait pu exercer la traction dont il avait parlé au début de sa communication.

Si par hasard j'avais affaire à une fracture du condyle, si elle était double, cela entraînerait une rétropulsion de tout le massif... Je rétablirais les fragments en reconstituant la mâchoire... en mettant un certain tirant qui représenterait par exemple le degré de rétropulsion du maxillaire inférieur.

Je maintiendrais les branches montantes à la hauteur des fractures du col du condyle et j'appliquerais une mentonnière. Voilà comment j'appliquerais directement cette traction sur le maxillaire inférieur.

M. Gravière. — Au sujet de la dent de sagesse, je crois en effet que M. Martinier a raison.

J'ai fait un trait de scie assez grand pour reconstituer la mâchoire et l'articulation. Mon appareil maintenait la mâchoire, mais il ne faut pas oublier que deux fois j'ai dû l'enlever pour en mettre un autre à la place. Avant que la cicatrisation soit opérée j'ai toujours remarqué que le fragment en biseau revenait à la place primitive qu'il occupait. J'ai poussé davantage le fragment brisé en arrière. J'ai donc dû écarter un peu plus, d'un trait de scie, l'écartement de la fracture et il est arrivé que le tiraillement musculaire a agi sur la dent de sagesse comme un appareil de redressement. La dent de sagesse qui était dans le fond et servait de point d'appui a été sollicitée par les

muscles et cela l'a fait sortir. Cette dent de sagesse était toute seule au milieu d'un tissu que j'avais irrité et rendu plus friable par suite des extractions, elle n'était pas en mesure de résister. Je n'ai pas senti cela tout de suite, mais je l'ai vu petit à petit. Quand l'appareil a été retiré, que mon malade a pu fermer la bouche, j'ai pu constater nettement un écart entre la prémolaire et la dent de sagesse. Il y avait un écart d'un demi-centimètre entre les deux incisives. Dans de pareils cas on se heurte à beaucoup de difficultés, l'essentiel est cependant de sauver le malade de sa position désagréable.

Le président. — Si j'ai bien compris la question de M. Martinier, il vous adressait un petit reproche, comme je le faisais moi-même tout à l'heure. Il y aurait peut-être eu avantage à prolonger plus loin la gouttière. Etant donnée la traction qui s'exerçait sur le fragment postérieur et d'autre part sur le fragment antérieur, votre point d'appui était insuffisant. Si la gouttière avait pris toutes les dents et d'autre part, si la mentonnière avait pris plus loin la base du maxillaire, vous n'auriez pas eu un seul effort s'exerçant d'avant en arrière, mais vous auriez eu un effort de contention entre les deux appareils qui auraient pu mieux tenir en place et éviter ainsi l'élongation des fragments de la dent de sagesse.

M. Gravière. — J'ai constaté que le levier que je mettais n'était pas exactement comme il fallait ; il aurait fallu certainement, pour que ce soit idéal, que le maintien soit en somme de chaque côté de la fracture ; mais de ce côté il y a la joue et par conséquent on ne peut pas mettre d'attelle. On est forcé d'éviter la commissure des lèvres de ce côté-là. Voici l'appareil le plus large que j'ai fait. Cet appareil au bout de deux jours coupait la commissure des lèvres. Dire que tout l'effort est utilisé, non. Il est fait en partie, il y a une partie éloignée qui nous échappe un peu. Ce que nous pourrions faire de mieux dans la circonstance, c'est de surélever l'aluminium dans la partie la plus haute, de façon à ce que le maxillaire, s'appuyant sur cette partie-là, fasse levier. Nous en arrivons à prendre le point d'appui que M. Fourquet préconisait tout à l'heure.

M. Fourquet. — Au sujet de tout ce qui a été dit de l'élongation de cette dent de sagesse, je crois à mon tour pouvoir maintenir que, si vous aviez employé, non pas cette fixation antérieure, mais cette mentonnière pressant à la fois tout le corps du maxillaire, y compris les deux fragments et si vous aviez opéré la traction par des crochets, vous auriez obligé cette dent de sagesse à se consolider et vous n'auriez pas été obligé de l'enlever.

M. Roy. — J'appuie ce que vient de dire M. Martinier au

sujet du traitement des fractures. Il ne faudrait pas que ceux qui ont des fractures du maxillaire à soigner soient rebutés par les complications du traitement. Il est beaucoup plus simple qu'on ne l'imaginait autrefois. Moi aussi j'ai imaginé des frondes, des appareils compliqués. En réalité, je n'emploie, sauf les cas exceptionnels, que la gouttière simple. Avec la gouttière, vous guérissez des fractures même compliquées. La grosse difficulté, c'est lorsqu'on se trouve en présence d'une fracture ancienne; il y a alors des adhérences, des déviations plus ou moins complexes difficiles à réduire et la mentonnière a bien peu d'influence sur ces déviations.

Le président. — Nous devons remercier M. Gravière qui a fait un gros effort en venant de Bourges pour nous présenter cette intéressante communication.

Il nous a montré une fois de plus ce soir combien le chirurgien-dentiste peut être un aide précieux pour la chirurgie générale, ce dont la bonne renommée de notre profession ne peut que profiter.

II. — L'ASYMÉTRIE DU MAXILLAIRE INFÉRIEUR. SES CONSÉQUENCES POUR LA THÉORIE DU TRIANGLE ÉQUILATÉRAL DE BONWILL ET POUR LES ARTICULATEURS DITS ANATOMIQUES, PAR M. CHOQUET.

M. Choquet donne lecture de sa communication. (Sera publiée.)

DISCUSSION.

Le président. — Etant donnée la grande importance de cette communication, son intérêt scientifique, les résultats absolument intéressants des travaux de l'auteur et l'amplitude de la question, et en raison de l'heure avancée, je vous propose de reporter la discussion à la prochaine réunion, après la publication de ce travail dans *l'Odontologie* pour que nos confrères puissent l'étudier et demander éventuellement des renseignements complémentaires à M. Choquet. — Adopté.

M. Cunningham dit que la communication de M. Choquet est peut-être la plus savante, la plus utile pour la profession dentaire qu'il ait eu l'occasion d'entendre. Ce travail a été développé d'une manière extrêmement claire. Il exprime le vœu que M. Choquet se rende au congrès de Londres, car la France aura lieu d'être fière d'une telle communication.

Il raconte ensuite une anecdote sur Bonwill et termine en félicitant M. Choquet de sa très intéressante communication.

M. Choquet. — Ce travail est celui que je compte précisément présenter à Londres.

Le président. — Vous donnerez ainsi un relief de plus à nos travaux. Prenons rendez-vous à la séance d'octobre pour la discussion de votre communication, c'est-à-dire après qu'elle aura été publiée.

M. Choquet. — J'aurai peut-être alors encore d'autres faits plus précis à vous présenter.

Je remercie M. Cunningham et M. le président des paroles élogieuses qu'ils ont prononcées à mon égard.

Je tiens à poser comme principe qu'il n'y a pas d'animosité de ma part contre Bonwill, qui a été considéré comme un travailleur, mais nous, Société d'Odontologie, nous devons faire tous nos efforts pour ne présenter une communication que lorsqu'elle est assise sur une base tout à fait précise. Je suis le premier à reconnaître que les travaux d'Amoëdo, — je lui ai adressé des critiques, mais cela n'empêche pas de reconnaître le mérite de ses travaux — que les travaux de Gysi sont un remarquable progrès. Je reproche à Gysi de se baser sur le triangle équilatéral. Il pourra se rendre compte que ce triangle équilatéral n'existe pas. Le point de vue de ma communication est que nous ne devons pas nous baser sur la théorie du triangle équilatéral de Bonwill et que nous devons tenir compte des contingences de l'anatomie spéciale de chaque individu, car chaque maxillaire inférieur varie suivant chaque individu et il varie aussi bien d'un côté que d'un autre. Il est excessivement rare de trouver un maxillaire absolument parfait. (Applaudissements prolongés).

M. Cunningham invite l'assemblée à venir voir au cinéma un film de vulgarisation d'hygiène dentaire qu'il a fait faire.

Le président remercie M. Cunningham de son invitation.

M. Georges Villain remplace M. Jeay à la présidence.

III. — KYSTE PARADENTAIRE ET RÉSECTION APICALE, PAR M. JEAY.

M. Jeay donne lecture de sa communication (publiée dans le n° de mai 1915), il fait ensuite projeter sur l'écran divers clichés, au sujet desquels il ajoute les explications suivantes :

Ce cliché vous permettra de constater l'emplacement et l'étendue de la cavité.

Vous voyez au-dessus des incisives une transparence qui correspond à l'étendue de la cavité. Cette cavité partait de la symphyse du maxillaire pour s'étendre jusqu'à la canine. Quand la cavité a été complètement ouverte, quand j'y ai vu clair, j'ai constaté que l'apex de l'incisive faisait saillie dans la cavité à peu près du quart supérieur de la racine. Quant à la racine de l'incisive latérale, elle était moins saillante, la petite extrémité seule

dépassait. La radiographie permet de voir à quel niveau ont été faites les résections ; celle de l'incisive latérale a été en réalité plus accusée.

Il est certain que j'aurais de beaucoup préféré vous présenter le malade lui-même, mais c'est un malade de ma clientèle et je m'estime très heureux d'avoir pu, au bout de trois ans, obtenir qu'il laissât radiographier son maxillaire. J'ai retracé les dimensions et la forme de la cavité.

Si je vous ai présenté cette observation c'est surtout dans l'espoir que des confrères plus expérimentés que moi voudront bien me dire si j'ai eu là une guérison extrêmement rare ou, au contraire, si cette guérison est logique. Je voudrais qu'ils me disent si cette résection des apex donnera satisfaction dans tous les cas.

Il est évident que la hauteur des mâchoires, comme je l'ai dit dans ma communication, m'incitait à tenter cette expérience.

DISCUSSION.

M. Roy. — La communication de M. Jeay est très intéressante parce qu'elle pose un problème assez délicat et plein d'intérêt : c'est celui de savoir si l'on peut conserver ou si l'on doit enlever une dent qui a occasionné la formation d'un kyste.

Il semblerait à priori que le kyste constituant une complication grave de la mortification pulpaire, il semblerait, dis-je, que l'ablation, l'extraction de la dent cause de ce kyste devrait s'imposer au premier chef.

Or, la pratique montre que cette extraction n'est pas du tout obligatoire et que bien que le kyste soit provoqué par la dent, en raison de la mortification pulpaire, il suffit que cette dent soit traitée et si elle présente des attaches alvéolaires suffisantes comme c'était le cas chez le malade de M. Jeay, il suffit, dis-je, que ces attaches alvéolaires soient suffisamment grandes pour que la guérison puisse se faire sans extraire la dent. L'extraction de la dent peut être nécessaire lorsque la dent est en mauvais état, lorsqu'elle est réduite à l'état de racine. Cette extraction peut être nécessaire lorsqu'on a affaire à un kyste très volumineux dans lequel il est nécessaire de se faire un jour très grand pour ouvrir largement la cavité kystique, mais lorsqu'on se trouve en présence d'un cas comme celui dont nous a parlé M. Jeay, d'un kyste relativement petit, d'une dent parfaitement solide, il n'y a aucune espèce d'inconvénient à conserver les dents ; au contraire il n'y a à cela que des avantages car l'extraction de la dent n'aurait apporté aucune espèce d'avantage au point

de vue de la guérison du kyste; elle aurait apporté simplement une mutilation en plus.

La résection de l'extrémité de la racine que M. Jeay a pratiquée pouvait se faire, mais je ne crois pas qu'on puisse dire que c'est elle qui a permis cette guérison telle qu'il l'a obtenue. On peut très bien obtenir la guérison d'un cas semblable sans toucher à l'extrémité de l'apex.

Ce qu'il a bien fait de faire, c'est de bien désinfecter sa dent, c'était une chose indispensable. Dans ces conditions il a obtenu un résultat tout à fait satisfaisant.

Pour ma part j'ai eu l'occasion de pratiquer un certain nombre d'opérations semblables. Lorsque le volume du kyste n'est pas trop considérable et même quelquefois avec des kystes plus volumineux que celui-là, on obtient un résultat parfait, c'est-à-dire la fermeture complète de la poche.

J'ai eu dans ma clientèle deux kystes de la grosseur d'une noix, c'est-à-dire plus volumineux que celui que M. Jeay a opérés, et, dans ces cas, la dent a été conservée dans des conditions absolument parfaite avec fermeture complète de la poche, ce qui malheureusement ne peut s'obtenir que dans les kystes de petit volume.

L'heure est trop avancée pour que je vous entretienne des différentes particularités intéressantes au sujet de ces kystes étant donné le nombre considérable d'observations de kystes que j'ai dans ma pratique, je me fais le reproche de ne pas vous apporter quelques-unes de ces observations. Je m'inscrirai à ce sujet pour une séance ultérieure de la Société d'Odontologie, à la rentrée, et vous apporterai quelques observations de kystes intéressantes à divers titres, soit par des complications, soit par formes particulières car on rencontre des variétés quelquefois fort intéressantes dans des kystes.

Je vous signale en passant, un kyste où j'ai conservé la dent, le cas avait donné lieu à une erreur de diagnostic de la part d'un confrère. Il s'agissait d'une malade qui avait un kyste placé au même endroit que celui du malade de M. Jeay, c'est-à-dire au niveau d'une incisive centrale supérieure. Un confrère en voyant ce kyste avait d'abord enlevé une racine qui se trouvait dans cette région. Puis le kyste ne disparaissant pas, il trépana l'incisive centrale.

Le kyste ne guérissant pas, il m'envoya la malade pour me demander mon avis. Il y avait une petite fistulette qui donnait du pus.

Je fis à cette malade l'ablation radicale de son kyste par l'intervention classique et je l'opérai en lui disant que je ne savais

pas si je lui conserverais son incisive. J'ouvris le kyste dans le sillon vestibulaire et je trouvai dans la cavité une dent surnuméraire. C'était là l'explication de ce kyste, il s'agissait d'un kyste dentigère qui n'avait aucune relation ni avec la racine qui avait été enlevée, ni avec l'incisive centrale qui avait été trépanée. Il en est résulté un petit ennui pour cette malade puisqu'elle a eu cette dent trépanée avec la pulpe mortifiée inutilement. J'ai fait l'énucliation du kyste, j'ai chez moi la dent en question. La malade a parfaitement guéri, elle a conservé son incisive centrale.

M. Georges Villain. — Au nom de la Société d'Odontologie il me reste à remercier M. Jeay, qui a bien voulu quitter la présidence pour nous présenter cette très intéressante communication.

La séance est levée à minuit moins le quart.

Le secrétaire général,
R. LEMIÈRE.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

COMITÉ DE SECOURS AUX BLESSÉS DES MAXILLAIRES ET DE LA FACE

Nous avons exposé dans le numéro du 30 décembre dernier la création de ce Comité par l'Ecole dentaire de Paris, en publiant les documents qui y sont relatifs ; dans le numéro de janvier nous en avons fait connaître le règlement intérieur et dans celui du 30 mars nous avons publié la 1^{re} liste de souscriptions.

Nous donnons ci-après les résultats obtenus pendant les 10 premiers mois de son fonctionnement.

Rappelons que la Société de l'Ecole mit à la disposition du Comité son personnel, ses laboratoires et ses salles de clinique.

Le Comité fut constitué par les membres non mobilisés du Corps enseignant de l'Ecole, ainsi que par les membres des sociétés professionnelles qui voulaient bien se joindre à lui. Une série de conférences et de travaux pratiques furent faits dès les premiers jours de la création par les deux chefs de service, MM. P. Martinier et Roy, pour familiariser les membres du Comité avec les différents genres de travaux et d'opérations qu'ils devaient être appelés à exécuter.

Cette préparation permit au Comité, dès l'arrivée des premiers blessés, de mettre à la disposition de la Direction du Service de santé un personnel compétent et assez nombreux pour traiter le grand nombre de blessés des maxillaires et de la face que l'on observe dans la guerre actuelle.

Le Comité, qui est affilié à l'Union des Femmes de France, fit appel aux Sociétés de secours aux blessés pour les prier de lui envoyer les militaires ayant besoin d'interventions de sa compétence. D'autre part le Directeur du Service de santé du gouvernement militaire de Paris invita par une circulaire du 14 octobre les médecins-chefs des hôpitaux de son ressort à faire appel au concours du Comité pour tous les blessés justiciables des traitements et restaurations auxquels il se consacre.

Dès le 9 septembre les premiers blessés se présentèrent à la clinique du Comité et y reçurent les soins nécessaires à leur état.

Nous avons déjà exposé le fonctionnement du Comité ; nous n'y reviendrons pas.

Le Comité avait soigné au 24 mai 463 malades sur lesquels il avait déjà été placés 215 appareils.

BIBLIOGRAPHIE

La salud por la instrucción.

Notre confrère M. Subirana, de Madrid, vient de publier sous ce titre (*La santé par l'instruction*) un volume de 337 pages. Cet ouvrage, outre une dédicace et une préface, est divisé en dix chapitres : idées préliminaires ; idées sur la nutrition ; la bouche et les dents dans le milieu et leur adaptation à celle-ci ; la fonction buccale dans la nutrition, son importance décisive ; les dents des enfants ; les grands écueils de la nutrition ; la carie ; la carie, ses effets sur l'intelligence et le problème économique ; la malocclusion ; question de civilisation plutôt que problème économique ; conclusions.

Il y a lieu de féliciter l'auteur de ce travail, qui fait honneur à son intelligence, à la vivacité et à l'abondance de ses idées et nous ne pouvons qu'engager ceux de nos lecteurs qui comprennent la langue espagnole à en faire la lecture.

Livre reçu.

Nous avons reçu le compte rendu en anglais de la session de la F. D. I. (Conseil exécutif et Commission d'enseignement) tenue à Londres du 3 au 8 août 1914. C'est une brochure de 62 pages.

Le devoir des neutres et le torpillage du *Lusitania*.

Notre distingué confrère M. R. Anema a publié sous ce titre, dans *La Tribune de Genève* du 3 juin, un vigoureux plaidoyer en faveur d'une protestation collective des neutres contre l'acte criminel du torpillage du *Lusitania* et tous ceux de même nature commis par les Allemands.

Nous lui adressons nos vives félicitations.

NÉCROLOGIE

J. Erny.

C'est avec un profond regret que nous apprenons la mort de notre confrère M. Joseph Erny, ancien élève de l'Ecole dentaire de Paris, membre de l'A. G. S. D. F., professeur à l'Ecole den-

taire de Lyon, décédé dans cette ville le 2 juin 1915 à l'âge de 44 ans.

Tous ses collègues sont vivement attristés par cette fin préma-turée ; aussi adressons-nous à M^{me} Erny mère et à sa famille nos sincères condoléances et l'assurance émue de notre sympathie.

Nous avons le regret d'apprendre la mort subite de M. Edouard-Joseph Dubeau, père de notre frère M. Eudore Dubeau, doyen de la Faculté de chirurgie dentaire de l'Université Laval à Montréal (Canada), survenue le 13 mai, à l'âge de 63 ans.

Nous adressons nos très sincères condoléances à M. Dubeau et à toute sa famille.

Mort au champ d'honneur.

Nous avons le regret d'apprendre la mort de M. Monique (Robert), élève de 3^e année à l'Ecole dentaire de Paris, tué à Berry-au-Bac le 6 avril 1915, dans un assaut à la baïonnette. Il appartenait au 28^e d'infanterie, 10^e Cie.

Nous adressons nos condoléances à sa famille.

NOUVELLES

A l'ordre du jour de l'armée.

Nous relevons avec le plus grand plaisir, dans le *Journal officiel* du 8 juin, la citation suivante.

V^e Armée, Etat-Major, 1^{er} Bureau, N^o V 8591.
Au Q. G., le 8 mai 1915.

EXTRAIT

ORDRE N^o 102.

Le Général Commandant la V^e Armée cite à l'ordre de l'Armée :

Le Médecin-Aide Major de 2^e Classe de réserve Lemière du 224^e Régiment d'Infanterie :

» Le 28 août, a traversé une zone battue par l'artillerie ennemie » afin de prodiguer ses soins aux blessés. A été grièvement atteint » aux deux jambes. »

Signé : d'ESPEREY.

Pour extrait conforme.

10^e Armée, 53^e Division, Etat-Major, 1^{er} Bureau, N^o 5.725.

Au Q. G., le 11 mai 1915.

Le Général Commandant la 53^e Division,
P. O. Le Chef d'Etat-Major: signature illisible.

Nous adressons nos vives félicitations à notre confrère M. le Dr Raymond Lemièvre qui, comme on sait, est, depuis le 28 août, prisonnier des Allemands.

A l'ordre du jour du régiment.

Nous reproduisons avec plaisir la citation suivante :

Gouvernement de Verdun, 1^{er} secteur, 45^e régiment d'infanterie territoriale.

Ordre du régiment n° 33.

Sur la proposition de M. le médecin major du 1^{er} bataillon, le lieutenant-colonel cite à l'ordre du régiment Renhold Michel, soldat de 2^e classe, infirmier au 1^{er} bataillon.

« Depuis le début de la mobilisation, a été pour son chef de service, grâce à ses qualités professionnelles remarquables, grâce à un zèle, un dévouement et une bonne volonté inlassables, un utile et un précieux collaborateur. »

Fleury devant Douaumont, le 14 mai 1915.

Lieutenant-colonel Husson, commandant le 45^e régiment d'infanterie territoriale.

Nos vives félicitations à notre confrère M. Renhold.

A l'ordre du jour du régiment.

Nous enregistrons avec plaisir la citation suivante :

« Le soldat brancardier Wallis-Davy est nommé soldat de 1^{re} classe le 16 novembre 1914 et cité à l'ordre du jour du régiment pour avoir dans la journée du 5, fait preuve de dévouement et de sang-froid en allant chercher des blessés sous un feu violent ». (Rapport du 11 octobre 1914.)

Nous adressons nos vives félicitations à notre confrère de l'Ecole dentaire de Paris et de l'A. G. S. D. F.

L'ODONTOLOGIE

TRAVAUX ORIGINAUX

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DE QUELQUES NOUVEAUX SUCCÉDANÉS DE LA COCAINE

Par J. MIRAN, de Vannes.

Je viens apporter à mes confrères les résultats des essais que j'ai faits avec quelques nouveaux anesthésiques locaux : anesthésine, subcutine et acoïne.

J'essaierai, au cours de cette modeste étude, d'être impartial et d'exposer les résultats de mes expériences, tels que je les ai observés cliniquement, car le défaut que je reprocherais à bien des communications, c'est le souci qu'a l'auteur de taire les inconvénients des substances qu'il étudie pour ne faire ressortir que leurs qualités. Et je vous dirai que moi-même, autrefois, j'ai donné quelque peu dans ce travers lors de ma communication sur le mélange « stovaine et adrénaline ».

La question de l'anesthésie locale m'a toujours intéressé d'une façon particulière et je suis constamment à la recherche de l'anesthésique local idéal ; c'est ce qui m'a amené à étudier les quelques succédanés de la cocaïne dont j'ai l'honneur aujourd'hui d'entretenir mes confrères.

D'après le Traité de l'anesthésie générale et locale du Professeur Dumont, chirurgien de l'Hôpital des Diaconesses de Berne, le chlorhydrate d'anesthésine (éther éthyl-paraamidobenzoïque) serait dépourvu de toxicité et ses effets ne s'accompagneraient d'aucune irritation. Cette substance n'est pas très soluble dans l'eau, je n'ai pu en dissoudre que 0 gr. 30 dans 100 gr. d'eau distillée, ce qui donne une

anesthésie incomplète et même à cette dose, l'anesthésine produit des escarres et des fluxions. Le Dr. Ritsert, de Francfort-sur-le-Main, qui a découvert l'anesthésine, m'a adressé une solution d'anesthésine à 10/0 ; mais, pour dissoudre 1 gr. de ce produit dans 100 gr. d'eau, il avait adjoint à sa solution de l'acide sulfurique et de l'acide phénique ; l'association de ces deux acides m'a empêché d'utiliser la préparation du Dr. Ritsert, car j'estimais imprudent d'employer en injections des solutions acides, le milieu sanguin ne supportant aucun élément acide. J'ai associé à l'anesthésine II gouttes de suprarénine au 1000^e avec injection de 3 à 4 c³ par dent, j'ai obtenu une anesthésie incomplète et j'ai observé très peu d'escarre : cela est dû à l'action de la suprarénine, ma solution a précipité au bout d'un certain temps, alors que celle fournie par le Dr. Ritsert est encore stable.

La subcutine, qui est un dérivé de l'anesthésine, n'est soluble qu'à 0 gr. 70 p. 100, et au bout d'un certain laps de temps la subcutine se cristallise. Elle présente les mêmes avantages et inconvénients que l'anesthésine.

Je citerai également pour mémoire l'holocaïne, la nirvanine, la sténocarpine et la nevrocidine. Je n'ai pas expérimenté les deux premières pour la raison que je les considère plus toxiques que la cocaïne, d'après le Professeur Dumont, car elles ont déjà donné lieu à des accidents sérieux. Quant aux deux autres, il m'a été malheureusement matériellement impossible de m'en procurer.

Il me reste donc à vous parler d'un autre anesthésique local, sur lequel je m'étendrai un peu plus, le trouvant assez intéressant. On désigne sous le nom d'acoïne C. le chlorhydrate de disparaanisylmonoparaphénetylguanidine d'après Trolldenier, *Therapeutische Monatshefte* 1899.

L'acoïne a été découverte par la maison V. Heyden. Elle est soluble dans de l'eau froide et les solutions aqueuses peuvent être, sans inconvénient, soumises plusieurs fois à l'ébullition, pourvu que l'opération se fasse dans un verre

ne fournissant pas d'alcali et se maintiennent sans se décomposer, pendant plusieurs semaines ; on doit les conserver dans des verres noirs.

J'ai employé l'acoïne à 0 gr. 50 p. 100, à 10/0 et à 1 gr. 50 p. 100.

La solution à 0 gr. 50 p. 100 donne souvent une anesthésie incomplète, avec fluxion et escarre. Celle à 10/0 produit une insensibilisation moins incomplète, toujours avec fluxion et escarre ; enfin la solution à 1 gr. 50 p. 100 donne également un effet incomplet avec de grosses escarres et fluxion.

J'ai mélangé l'acoïne à l'anesthésine, anesthésine 0 gr. 15, acoïne 125 milligr., chlorure de sodium 0 gr. 40, eau dist. stérilisée 50 gr. L'anesthésie est complète du moins pour les dents supérieures et pas toujours pour les inférieures, mais il y a escarre et fluxion dans bien des cas ; bien que chez certains malades, je n'aie observé aucune escarre, aucune fluxion, alors que chez les mêmes personnes, la cocaïne avait donné une demi-anesthésie avec forte fluxion. J'ai également obtenu une anesthésie complète avec le mélange acoïne-anesthésine et 2 gouttes de suprarénine au 1000^e. L'extraction dans ce cas est suivie d'une grosse fluxion, la plaie présente bon aspect, par conséquent pas d'escarre ; néanmoins ce mélange produit de la douleur post-opératoire.

J'ai eu l'idée d'associer à la solution d'acoïne à 10/0 de la suprarénine et j'en ai obtenu les résultats suivants :

1^{er} J'ai injecté 2 c³ de cette solution avec 2 gouttes de suprarénine au 1000^e : anesthésie presque complète ; j'ai injecté 3 à 4 c³ toujours avec 2 gouttes de suprarénine, alors l'anesthésie est complète, il n'y a aucune escarre, mais toujours une légère fluxion. En employant une solution d'acoïne à 10/0 et en injectant pour chaque dent 3 à 4 c³ avec 2 gouttes de suprarénine, j'ai très souvent réussi à opérer sans aucune douleur, ni avant, ni pendant, ni après l'extraction.

J'attirerai l'attention de mes confrères sur un fait très curieux que j'ai observé au cours de mes dernières expériences.

L'acoïne, employée seule, occasionne des escarres; associée à la suprarénine, elle n'a plus cet inconvénient; j'ai constaté, du reste, le même phénomène avec l'anesthésine-suprarénine. L'anesthésie à l'acoïne-suprarénine atteint son effet maximum au bout de 4 à 5 minutes; toutefois si l'on emploie l'acoïne seule, il vaut mieux attendre une dizaine de minutes avant d'opérer. L'acoïne à 1 gr. 50 o/o avec addition de suprarénine produit souvent des escarres, cependant beaucoup moins que si la même solution était employée sans suprarénine.

Je ne voudrais pas terminer cette étude clinique sans établir un parallèle entre la cocaïne, la stovaïne-adrénaline, la novocaïne-suprarénine et l'acoïne-suprarénine.

Je considère la cocaïne comme le plus toxique des anesthésiques locaux et bien que certains auteurs prétendent n'avoir observé aucun accident léger ou grave au cours de nombreuses anesthésies à la cocaïne, d'après mes observations personnelles je dirai qu'il est assez rare que le patient cocaïné n'éprouve pas quelque malaise avant de quitter le cabinet du dentiste. Moi-même, malgré toutes les précautions que j'ai pu prendre, j'ai eu bien des surprises désagréables au cours de mes cocaïnisations.

Je prépare mes solutions de cocaïne extemporanément, avec de l'eau filtrée au filtre Pasteur et bouillie avant l'emploi, dans une capsule en terre de Bayeux.

Mes solutions n'ont jamais dépassé le titre de 0 gr. 50 pour 100, je n'ai jamais injecté plus de 2 centigrammes de cocaïne à la fois et j'ai toujours soin de coucher mon fauteuil. Voici maintenant les accidents dont j'ai été témoin: pâleur du visage, sueurs, perte de connaissance passagère, douleur post-opératoire, parfois intolérable, presque aussitôt après l'extraction, sensation de brûlure au niveau des piqûres accusées par certains malades, parfois hémorragies, nausées et vomissements, vertige, essoufflement, crises de larmes fort désagréables durant parfois une et deux heures.

Le mélange stovaïne-adrénaline que j'ai préconisé autre-

fois, m'a souvent donné d'excellents résultats, comme pouvoir anesthésiant ; je lui reproche d'occasionner fréquemment de la douleur post-opératoire durant parfois plusieurs jours, de gros œdèmes et des escarres.

Quant à la novocaïne-suprarénine, elle est excellente comme effet anesthésiant. Elle a une action vaso-constrictrive très marquée. Ainsi, après une anesthésie avec ce produit, toute la bouche est ischémiee, au point que les gencives des deux maxillaires deviennent très pâles ; cette anémie passagère s'étend à toute la face, et les malades disent souvent que cela les étourdit ; ce qui prouve que la novocaïne est déjà par elle-même vaso-constrictive, puisqu'avec l'acoïne-suprarénine la muqueuse buccale ne pâlit pas. Ceux de mes confrères qui emploient la novocaïne-suprarénine ont dû constater un autre inconvénient : la douleur post-opératoire, qui persiste parfois pendant plusieurs jours sans discontinue.

Il y a également parfois hémorragie, cela doit être dû à l'action vaso-constrictive particulièrement puissante de la novocaïne-suprarénine. Du reste, tous les mélanges où il entre de l'adrénaline ou de la suprarénine, présentent cet inconvénient, l'adrénaline ou la suprarénine étant un vasoconstricteur très puissant et produisant par réaction des hémorragies secondaires.

A la suite d'extraction à la novocaïne-suprarénine les gencives se cicatrisent plus rapidement qu'avec les autres anesthésiques et ce mélange ne donne aucune escarre et presque pas de fluxion ; ce qui prouve qu'il n'est nullement caustique.

En ce qui concerne l'acoïne à 10/0 et suprarénine, acoïne 1 gr., sérum physiologique 100 gr., en injection à la dose de 3 à 4 cm³ avec addition de 2 gouttes de suprarénine, j'ai obtenu avec ce mélange très souvent une anesthésie complète, surtout sur le maxillaire supérieur, le tissu très dense et très compact du maxillaire inférieur se laissant difficilement pénétrer par les anesthésiques. Je n'ai observé aucun accident, aucune douleur post-opératoire, aucun

des malaises produits par la cocaïne, si ce n'est une fluxion chez certaines personnes. Mais, encore une fois, je ne dirai pas qu'avec le mélange acoïne-suprarénine, j'ai toujours obtenu une anesthésie parfaite. Du reste, quel est l'anesthésique local qui donne toujours de bons résultats ? J'ai eu des insuccès aussi bien avec la cocaïne, la novocaïne-suprarénine qu'avec l'acoïne suprarénine.

Et bien mieux, là où la cocaïne a échoué, la novocaïne-suprarénine ou l'acoïne-suprarénine a réussi. D'ailleurs cette instabilité dans l'effet des anesthésiques locaux ne fait-elle pas et ne fera-t-elle pas toujours notre désespoir !

Ici je ferai intervenir un autre facteur qui est très important, à savoir que l'état dans lequel se trouve le tissu gingival au moment des piqûres joue un rôle prépondérant dans la réussite d'une anesthésie dentaire. Si la gencive ne présente pas un champ favorable à nos piqûres, nous aurons beau employer un bon anesthésique, nous aurons toujours un échec.

J'ai tenu à faire cette modeste communication pour apporter ma faible contribution à l'étude si intéressante et si complexe des anesthésiques locaux. Et je suis d'autant plus heureux d'avoir entretenu un instant mes confrères de ces trois anesthésiques qu'aucune publication dentaire, à ma connaissance du moins, n'avait été faite encore sur ces produits.

GRAND LABORATOIRE
DE
PROTHÈSE
DENTAIRE

Telephone
550-73

G. COUTIF

5,
rue
de la Börde
Près la gare Saint-Lazare
PARIS

b

Le Laboratoire de Prothèse E. MORALE

PARIS ♦ 43, Rue Saint-Georges ♦ PARIS

Vous donnera toute satisfaction

En vous y adressant, vous aurez :

— DE LA PROTHÈSE SOIGNÉE ! —
— LIVRÉE AVEC EXACTITUDE ! —
— AU MEILLEUR MARCHÉ ! —
— FOURNITURE DE 1^{RE} QUALITÉ ! —

Service extra-rapide pour la Province

N'hésitez pas à confier vos travaux au

Laboratoire E. MORALE

vous aurez vite acquis la certitude que c'est un des meilleurs laboratoires.

E. MORALE et C^{ie}, 43, rue Saint-Georges, Paris

— Téléphone 125-36 —

TARIF SUR DEMANDE

SOCIÉTÉS SCIENTIFIQUES

SOCIÉTÉ D'ODONTOLOGIE DE PARIS

Séance du 7 juillet 1914.

PRÉSIDENCE DE M. JEAY.

La séance est ouverte à 9 heures 20.

I. — CORRESPONDANCE.

Le secrétaire général donne lecture de lettres de MM. Rollin et Godon qui s'excusent de ne pouvoir assister à la réunion.

Il ajoute :

Nous avons reçu une lettre de M. Anema, président de la Société d'orthodontie d'Europe, qui organise un Congrès d'Orthodontie pour fin juillet, commencement d'août 1914.

M. Anema, au nom de cette Société, a demandé à l'administration de l'Ecole dentaire de Paris de lui prêter ses locaux pour les démonstrations pratiques, nous a adressé en même temps une lettre par laquelle il invite les membres de la Société d'odontologie à assister aux séances de démonstrations.

Vous êtes donc prévenus qu'il y aura à notre école des démonstrations très intéressantes le 1^{er} août prochain.

II. — TUBE PORTE-DIGUE POUR LE TRAITEMENT ET ASSÈCHEMENT DES RACINES DES DENTS, PAR M. BORKOWSKI.

M. Borkowski donne lecture de sa communication. Il présente une planche de figures y relatives et soumet quelques spécimens de son tube Porte-Digue.

DISCUSSION.

M. le président. — Vous venez d'entendre l'exposé et vous avez vu l'application de l'idée de M. Borkowski. C'est en effet pour nous un problème difficile à résoudre que d'isoler les racines d'une façon absolue du milieu buccal pour pouvoir les sécher et ensuite les stériliser. Il me semble que M. Borkowski a résolu le problème d'une façon très ingénieuse et très simple en même temps, ce dont nous ne saurions trop le remercier.

Il n'y a pas de petites inventions qui ne puissent nous rendre service, qui ne puissent être utiles à notre profession.

M. L. Vian. — Il y aurait je crois une petite critique à faire à ce procédé, c'est que cela nécessite l'élargissement un peu exagéré du canal.

M. Borkowski. — On place cela au dernier moment. Si l'on pose un bridge ou une dent à pivot, il faut bien élargir le canal.

M. L. Vianu. — L'avantage du bridge, c'est de placer un pivot très ajusté dans le canal.

M. Borkowski. — Je pose cela au dernier moment, lorsque la racine est élargie, autrement dit à la fin du traitement.

On ne peut pas obtenir l'assèchement complet si la racine n'est pas isolée de la cavité buccale, avec cet appareil on y parvient très facilement.

M. L. Vianu. — Plus un pivot entre à frottement dans le canal, plus il a de chances d'être solide.

M. Borkowski. — Voilà une dent, le canal est-il trop large pour un pivot ?

M. L. Vianu. — Pour une petite incisive, c'est beaucoup trop large.

M. Borkowski. — Il y a différents modèles de tubes porte-digue, les uns sont larges et les autres plus petits. Il y a parfois des racines dont les canaux sont plus ou moins grands, plus ou moins petits, on assortit le tube porte-digue comme on veut.

M. L. Vianu. — C'est très intéressant si l'on arrive à avoir des tubes et des pas de vis assez fins.

III. — FRACTURE DU MAXILLAIRE SUPÉRIEUR, PRÉSENTATION DU MALADE, PAR M. ROY.

M. Roy fait une communication sur ce sujet. (*Cette communication sera publiée dans un prochain numéro.*)

DISCUSSION.

Le président. — Nous devons remercier vivement M. Roy de la très intéressante communication qu'il vient de nous faire. Elle prouve une fois de plus combien le dentiste peut être d'un précieux concours pour les blessés des maxillaires.

M. Roy. — Je profite de la circonstance pour vous signaler les accidents, les inconvénients graves qui peuvent résulter pour des malades de la méconnaissance par les chirurgiens du traitement rationnel des fractures du maxillaire.

On m'a envoyé récemment un malade traité dans un service hospitalier de Paris et pour lequel le chirurgien a fait à ce malade une suture osseuse. Il s'agissait d'une fracture double du maxillaire inférieur.

Il lui a fait pour cela une incision cutanée de chaque côté, puis il lui a suturé le maxillaire.

Or ce malheureux malade non seulement n'est pas consolidé,

mais il porte des cicatrices qui ne se ferment pas, qui suppurent, alors qu'il n'avait pas de plaie cutanée.

Ses fragments de maxillaire sont absolument irréductibles, ils suppurent et j'ai dû demander au chirurgien qui l'avait soigné de commencer par enlever les ligatures à ce malade s'il désirait que je le soigne à mon tour. En effet, il est impossible actuellement de réduire la fracture de ce malade parce que les fragments du maxillaire se trouvent non seulement déviés par les causes ordinaires qui les produisent mais encore retenus en mauvaise position par les sutures.

Il est bien regrettable que tous les chirurgiens ne connaissent pas bien le traitement des fractures du maxillaire parce que d'une part cela éviterait beaucoup d'ennuis aux malades et les résultats seraient d'autre part autrement meilleurs pour eux. Ce n'est malheureusement pas le premier cas que j'ai à soigner à la suite de tentatives de sutures osseuses.

Je ne comprends pas que des chirurgiens puissent avoir même l'idée de faire une suture osseuse dans les fractures du maxillaire étant donné que la première des conditions pour qu'une suture osseuse réussisse, la condition essentielle sans laquelle il est impossible d'obtenir un résultat satisfaisant, c'est l'aseptie absolue de l'opération. Jamais une suture osseuse ne réussira s'il n'y a pas une aseptie absolue, c'est pour cela que la suture osseuse, même dans la chirurgie des membres, ne donne de résultats satisfaisants que chez les chirurgiens absolument propres.

Il faut presque plus de propreté dans de telles opérations que pour la chirurgie abdominale. Or, il est absolument impossible d'avoir une fracture aseptique du maxillaire inférieur, à moins qu'il ne s'agisse d'une fracture d'édenté, parce que du moment que vous avez fracture du maxillaire chez un individu qui porte des dents, il y a fracture des bords alvéolaires et, par conséquent, fracture compliquée, pénétrante. Comme il est donc impossible d'avoir une aseptie complète, il est absolument impossible d'obtenir un résultat satisfaisant avec la suture osseuse.

M. Ferrand. — Au sujet de la première communication de M. Roy, qui se rapporte à un accident du travail, je signalerai que j'ai eu l'occasion de traiter un patient à peu près dans les mêmes conditions.

Je demande à M. Roy si nous pouvons donner des certificats, lorsqu'il s'agit d'un accident du travail qui relève de notre profession.

Le chirurgien, qui ne soigne pas, qui ne traite pas, qui ne connaît pas toutes les complications de ces accidents doit-il donner son avis plus officiellement que nous, dentistes, qui con-

naissions toutes les complications résultant de ces accidents ?

J'ai actuellement un patient victime d'un accident du travail, qui n'a pas été soigné par un dentiste. Il est en quelque sorte comme celui que nous a cité en second lieu M. Roy. Il a été soigné par un chirurgien et non par un dentiste, de sorte qu'actuellement il a une malocclusion complète des maxillaires.

Les dents n'articulent plus, il ne peut pas mastiquer.

Il y a impossibilité de faire des appareils pour ce cas, puisque le dentiste n'a vu la bouche de ce patient que trois mois après, alors qu'il y avait impossibilité de faire un traitement satisfaisant, du moins pour un ouvrier.

Dans un tel cas est-ce que le dentiste doit fournir un certificat en montrant les complications de cet accident ?

M. Borkowski. — Au point de vue civil un certificat de dentiste n'a aucune valeur.

M. Ferrand. — Je voudrais savoir si nous sommes quantité négligeable devant la jurisprudence en ce qui touche les accidents du travail ?

M. Borkowski. — J'ai soigné un malade qui appartenait à une manufacture d'automobiles. Il avait eu les dents fracturées par un moteur électrique. Je l'ai soigné, lui ai fait des dents à pivots. La compagnie d'assurances n'a pas voulu me payer parce que je n'étais pas médecin.

M. Roy. — Cette question présente un certain intérêt.

Je ne suis pas, pour ma part, de l'avis de M. Borkowski, qui considère que le certificat du dentiste n'a aucune valeur. Le cas de M. Borkowski n'est pas tout à fait en rapport avec celui de M. Ferrand.

N'envisageons, si vous le voulez bien, que la question du certificat et non pas la question du paiement d'honoraires, car ce sont deux choses différentes.

Je considère que le certificat du dentiste est aussi bon que le certificat du médecin et je suis certain qu'en aucun cas le certificat du dentiste ne serait récusé en justice, pourvu que ce certificat ne porte naturellement que sur des affections dentaires.

A cet égard-là le dentiste peut donc être appelé à faire des certificats et il y a à ce sujet des questions assez délicates à élucider, qu'il serait même utile d'établir.

Je me rappelle que dans une conversation avec mon ami Quintin, de Bruxelles, cette question avait été soulevée : n'y aurait-il pas lieu d'établir une tarification par les dentistes des accidents dentaires. Vous savez effectivement que les accidents autres que ceux des dents sont tarifés. La perte d'une jambe, c'est

tant pour cent du salaire ; la perte d'un œil, tant, la perte d'un bras, tant.

Il y a des infirmités permanentes et des infirmités temporaires.

Eh bien je crois, justement, à propos de l'observation de M. Ferrand, qu'il ne serait pas sans intérêt d'étudier cette question et d'établir peut-être une sorte de tarif qu'on pourrait baser sur la tarification des autres lésions déjà établie par la loi sur les accidents du travail ou par les compagnies d'assurances. Il y aurait assurément quelque chose à faire dans cet ordre d'idées.

En tous cas je considère que le certificat du dentiste a exactement la même valeur que celui du médecin au point de vue juridique. Au point de vue médical-dentaire le certificat du dentiste est même infiniment supérieur, car le médecin non spécialiste ne peut pas toujours apprécier exactement les lésions et les désordres consécutifs à un traumatisme des mâchoires et leurs conséquences plus ou moins éloignées, comme peut le faire le dentiste. Pour le médecin, du moment que deux fragments de mâchoires sont consolidés, qu'ils soient un peu plus hauts ou un peu plus bas, un peu plus en avant ou un peu plus en arrière, il est tellement fier de voir une mâchoire qui s'est consolidée qu'il considère que c'est là un succès triomphal. Pour le dentiste il n'en est pas tout à fait de même. Le dentiste, lui, attache une grosse importance non seulement à la consolidation d'une fracture, mais aussi à sa consolidation en bonne position.

Or de même qu'un malade qui a une fracture de jambe et qui guérit sans claudication, et un autre malade qui, dans un même cas guérit avec un raccourcissement de 10 centimètres ne sont pas exactement dans les mêmes conditions au point de vue de la récupération des fonctions normales, de même un malade qui a une fracture du maxillaire consolidée en bonne position et un autre qui a sa fracture consolidée avec un écart plus ou moins considérable entre les dents antagonistes ne se trouvent pas du tout dans les mêmes conditions. Ce dernier boîte de la mâchoire et par conséquent il a droit à une indemnité plus forte que celui qui a eu sa mâchoire consolidée en bonne position, s'il y a eu accident du travail.

Le malade dont la fracture n'a pas été consolidée en bonne position a de ce fait une infirmité permanente tandis que l'autre n'a présenté qu'une infirmité temporaire.

Maintenant en ce qui concerne le certificat à donner pour un accidenté du travail, il faut faire en sorte de rédiger un certificat à l'abri de toutes critiques.

Il est extrêmement important, tant au point de vue des conséquences que cela peut avoir au point de vue juridique qu'au point

de vue des réclamations que peut formuler le malade vis-à-vis des compagnies d'assurances, il est très important, dis-je, d'être extrêmement réservé dans l'établissement de ces certificats.

Vous devez veiller avec le plus grand soin à n'y formuler aucune espèce d'appréciation en dehors de *ce que vous avez vu et rien que ce que vous avez vu*. Vous constatez que votre malade, quand vous le voyez, présente telle et telle lésion, mais gardez-vous bien de dire : « lésion consécutive à..... », car en somme d'ordinaire vous ne savez rien par vous-même de ce qui s'est passé, vous n'étiez pas là quand l'accident s'est produit.

Supposez que j'aie à faire un certificat d'accident du travail au sujet du malade que vous avez vu tout à l'heure : je mettrai : « Je Soussigné..... ai constaté que M. X. présentait une fracture du maxillaire supérieur de telle nature et j'en ferais la description, puis j'ajouterais : cette fracture, d'après les dires du malade, serait due à un traumatisme qui s'est produit de telle et telle façon ».

Je ferais bien cette réserve : « d'après les dires du malade », car on ne doit prendre sous sa responsabilité que ce que l'on a constaté de visu et pas autre chose.

Vous ne devez en aucun cas authentifier une chose que vous n'avez pas constatée quelque confiance que vous ayez dans la bonne foi de celui qui vous la rapporte. Dans un tel certificat, indiquez donc les lésions mais n'indiquez pas ce que vous n'avez pas vu, ou si vous l'indiquez, ne le faites que sous bénéfice d'inventaire. En dernier lieu ne faites aucune espèce d'appréciation en ce qui concerne le traitement antérieur à votre examen, ceci dit pour le cas du malade dont M. Ferrand vient de nous parler, qui paraît avoir souffert d'un défaut de traitement. Cela ne vous regarde pas. Cela peut avoir les conséquences les plus graves pour vous, pour le malade et pour le médecin ou chirurgien qui vous a précédé et qui peut avoir échoué parce qu'il a rencontré des difficultés dont vous n'êtes pas toujours très bon juge parce que vous n'avez pas vu le malade au moment où les choses se sont produites et que l'échec du confrère peut être dû à des causes fortuites.

M. Ferrand. — Dans mon cas il y avait eu traitement par un chirurgien et non pas un dentiste.

Le président. — Cette question est extrêmement intéressante, mais comme nous avons un temps assez limité ce soir, je crois qu'elle pourrait faire l'objet d'une étude lors d'une autre séance.

Je serais obligé à M. Roy de me donner le renseignement suivant :

Il disait tout à l'heure qu'il avait été appelé plusieurs fois à traiter des fractures après sutures osseuses. Depuis combien de temps ces sutures existaient-elles lorsqu'il est intervenu ?

M. Roy. — Il y avait dans le cas que je viens de citer 15 jours que le malade avait été suturé et qu'il suppurait ; dans d'autres cas il y avait trois semaines, un mois.

Le président. — Il me paraît très intéressant de savoir quel est le laps de temps nécessaire pour qu'une malposition des fragments, non pas seulement une malposition, mais une non immobilisation des fragments amène un échec, ainsi par exemple si vous intervenez deux mois après une suture osseuse, si les fragments sont toujours mobiles, est-ce que vous pouvez encore avoir une réussite ?

M. Roy. — Parfaitement. J'ai eu un malade à qui j'ai traité une fracture du maxillaire inférieur, je crois qu'il y avait deux mois et demi qu'il traînait sa fracture de médecin en médecin, d'hôpital en hôpital. Il souffrait comme un malheureux. C'était une fracture médiane. Elle suppurrat tant et plus. Il y avait un sequestre ; j'ai enlevé ce sequestre, je lui ai immobilisé ses fragments et il a parfaitement guéri.

C'est d'ailleurs extraordinaire de constater, dès que la mâchoire est immobilisée, avec quelle rapidité l'état général et local des malades s'améliore.

Le président. — Vous voyez l'importance de ma question.

Si une suppuration existe depuis très longtemps, il y a une perte de substance et vous vous trouvez ainsi dans des conditions désastreuses de rapprochement et de consolidation. Je pense d'après un laps de temps trop long toute consolidation devient impossible.

M. Roy. — La guérison peut encore s'obtenir à moins qu'il n'y ait une perte de substance trop considérable. Dans le cas dont je vous entretenais à l'instant il y a eu un petit sequestre qui est parti, mais cela s'est néanmoins réuni.

Dès que la mâchoire fut immobilisée, immédiatement une fistule cutanée qui suppurrat depuis deux mois se ferma, deux jours après elle était fermée.

IV. — NOTE SUR UN CAS DE STOMATITE MERCURIELLE, PAR M. ROY.

M. Roy fait une communication sur ce sujet. (*Cette communication sera publiée ultérieurement.*)

Le président. — Nous ne saurions trop remercier M. Roy de ses deux très intéressantes communications qui ont eu le grand mérite de nous prouver d'une façon indiscutable le bien fondé de

son traitement pour le maxillaire supérieur, de son idée d'avoir appliqué au maxillaire supérieur le traitement classique des fractures de la mâchoire inférieure. Nous avons, d'autre part, été heureux d'entendre les conseils d'hygiène facile qu'il vient de nous donner pour combattre la stomatite mercurielle.

V. — PRÉSENTATION D'UN MALADE PORTEUR D'UN APPAREIL,
POUR PERFORATION VÉLO-PALATINE, PAR M. ANDRÉ.

M. André donne lecture d'une note sur un malade qui présente une adhérence cicatricielle du voile du palais au pharynx avec perforation circulaire au milieu du voile. Pour remédier aux troubles de déglutition et phonétiques résultant de cette disposition, il a fait à ce malade un appareil portant une soupape analogue à celles des masques à protoxyde d'azote. (*Cette note et les dessins seront publiés ultérieurement.*) M. André présente le malade et il ajoute : Vous voyez que l'appareil est simplement fixé à l'appareil de prothèse par une petite plaquette et une petite vis qu'il suffit de desserrer pour détacher la soupape de l'appareil.

DISCUSSION.

M. Roy. — Je suis tout à fait intéressé par cet appareil qui présente une combinaison ingénieuse, nouvelle, intéressante et appelée à nous rendre les plus grands services. Je vous signale toutefois une petite observation, c'est que cet appareil me semble un peu gênant et cela simplement par suite d'un petit détail de construction. Je crois que le principe en est excellent, mais je me demande s'il n'y aurait pas avantage chez votre malade à ce que votre mécanisme soit un peu plus profond et ne présente pas ce rebord très saillant qui dépasse de votre appareil et qui forcément vient chatouiller la base de la langue, ce qui doit être assez désagréable.

J'ai eu l'impression, en voyant l'appareil dans la bouche du malade, que cette chose devait être un peu gênante et je me demande s'il est absolument nécessaire que ce soit ainsi et s'il ne vaudrait pas mieux que cette partie soit exactement de niveau avec la rondelle. Je crois qu'il en résulterait pour le malade une facilité d'accoutumance plus considérable.

M. André. — Ce petit rebord est voulu pour obvier à l'inconvénient qu'on signalait. Au moment de la déglutition si la soupape arrive à fleur de l'appareil, un aliment, une mucosité peut venir se placer entre la soupape et le cylindre et empêcher son fonctionnement régulier.

J'ai fait faire à mon malade différents exercices lundi dernier.

Je lui ai demandé s'il sentait quelque chose avec la langue. Il m'a dit ne rien sentir.

Il est assez difficile de mettre en contact la face dorsale de la langue avec ce mécanisme.

J'ai fait ce petit rebord pour permettre aux aliments, en cas de déglutition violente, de glisser et ne pas venir sous la soupape.

M. Roy. — Un malade qui a une difformité comme celle-là adapte forcément ses organes à sa difformité en ce sens que sa langue doit être habituée à aller boucher automatiquement sa perforation dans la mesure du possible. Par conséquent il rencontrera plus facilement cette petite rondelle. Il suffit à mon avis que cette rondelle soit placée un demi centimètre plus haut pour que mon observation disparaîsse complètement. Je crois qu'il y a intérêt à donner une surface plus lisse, plus unie, ce qui n'empêcherait pas de mettre votre soupape en retrait, comme vous l'avez fait.

M. André. — Au fur et à mesure qu'on fait quelque chose on s'aperçoit que sa conception est bonne ou mauvaise ou peut être modifiée. J'avais fait cette petite lunette de dégagement que vous voyez. Je voulais mettre une rondelle de caoutchouc pour fermer complètement la perforation, ce que j'ai fait, mais je me suis empressé de la retirer parce que je fermais trop fortement, je n'avais plus de résultat dans la prononciation des syllabes nasales an, on, in, et je n'avais plus tout à fait mon idée première qui était de faire un appareil permettant une meilleure phonation. J'ai laissé alors l'appareil comme vous le voyez. Il me suffit de déplacer la deuxième rondelle.

Je n'ai qu'à dévisser cette vis, la combinaison est, vous le voyez, facilement réglable.

Le président. — Ce que M. Roy souhaite, c'est que le dispositif soit plus haut dans le naso-pharynx de façon que la base de la langue ne rencontre pas de saillie et que le malade aura moins la sensation de corps étranger.

M. André. — Le malade avec son appareil se dispense de faire le mouvement de fermeture du naso-pharynx. Il ne fait pas cet effort. Ce soir il était un peu émotionné mais, lundi matin, à la clinique, M. Blatter l'a vu, il a causé avec quelques confrères et son appareil rendait très bien.

Le président. — Nous pouvons nous féliciter que M. André ait eu une idée toute nouvelle et fort ingénieuse pour réparer les désordres observés chez ce malade. Nous devons l'en remercier et l'en féliciter.

Si vous le voulez bien, Messieurs, ma communication sur les *Considérations sur l'anesthésie par le protoxyde d'azote et l'oxygène*

sera remise, vu l'heure avancée, à la séance d'octobre (*adopté*).

M. Amoedo. — Avez-vous envisagé l'analgésie ?

Le président. — J'ai déjà obtenu une cinquantaine de sommeils avec l'appareil de... J'ai attendu d'avoir ce nombre pour me former une opinion bien assise. Je vous ferai part des résultats que j'ai obtenus.

Je ne m'en suis pas occupé du tout au point de vue de l'analgésie. Je n'ai fait que de l'anesthésie et du véritable sommeil chirurgical.

La séance est levée à 11 heures 1/4.

Le secrétaire général,
R. LEMIÈRE.

Séance du 25 juin 1915.

PRÉSIDENCE DE M. JEAY, PRÉSIDENT.

Une séance extraordinaire de la Société d'Odontologie a eu lieu le vendredi 25 juin, à 9 heures et demie du matin, 45, rue de La Tour-d'Auvergne.

Cette séance comprenait la visite des services du Comité de secours aux blessés des maxillaires et de la face et du Dispensaire militaire de l'Ecole dentaire de Paris en plein fonctionnement.

Les membres ont été reçus dans le salon de réception par M. Jeay, président, qui a prononcé l'allocution suivante :

I. — ALLOCUTION DE M. JEAY.

Messieurs et chers Confrères,

Devant votre empressement à vous rendre à notre invitation malgré vos occupations, je tiens à vous adresser mes remerciements et mes souhaits de bienvenue.

Dans les circonstances graves que notre cher pays traverse, il nous était difficile de maintenir nos réunions mensuelles du soir. L'heure n'est pas aux paroles, elle est aux actes. Aussi au moment où chacun de nous doit donner le meilleur de soi-même pour courir activement à la défense nationale, nous avons pensé préférable de vous montrer dans son fonctionnement l'œuvre accomplie par la Société de l'Ecole et du Dispensaire dentaires de Paris.

Dès le 1^{er} août 1914 sur le désir de M. Mesureur, directeur de

l'Assistance Publique, l'Ecole rouvrait quelques-uns de ses services cliniques.

De plus, le 5 août, la Direction transformait, sur la proposition de MM. Martinier et Roy, le service de prothèse restauratrice en une première Commission appelée *Comité de secours aux blessés des maxillaires et de la face* fonctionnant sous la direction de MM. Roy et Martinier, et mettait ce service, œuvre purement philanthropique, à la disposition de M. le Ministre de la Guerre.

Plus tard, le 22 janvier 1915, sous l'impulsion de MM. Frey, d'Argent, Blatter et G. Villain, l'Ecole, sachant combien les soins dentaires faisaient défaut à nos combattants pendant cette dure guerre de tranchées, organisait un *Dispensaire Militaire*, où sont donnés tous les soins de dentisterie et où un nombre considérable d'édentés, inaptes à faire campagne par suite de troubles gastro-intestinaux, viennent chercher dans les laboratoires de l'Ecole les surfaces masticatrices qui leur manquent.

Enfin, il y a quelques semaines, devant l'œuvre déjà accomplie, la Direction du Service de Santé demandait à l'Ecole sa collaboration pour organiser dans un milieu complètement militaire un vaste centre maxillo-facial. Actuellement, nous sommes en train, à l'hôpital Michelet, de Vanves, de mettre debout ce service qui comporte tout un corps de bâtiment, avec grande salle de clinique, des laboratoires de prothèse, salle d'opérations, et une ambulance de 250 lits.

Nous allons tout de suite vous faire visiter les deux services de l'Ecole.

Avant cela, pourtant, il me reste un devoir à remplir, si brèves que doivent être mes paroles, pour vous permettre cette visite. Puisque nous nous trouvons réunis, je tiens à adresser un souvenir ému à tous nos confrères à qui la jeunesse et la santé ont permis de courir aux armes pour défendre le sol national et le plus sacré des patrimoines, celui de la Liberté et du Droit, qui ont toujours été les maximes de notre généreuse France, fières maximes qui la rendront éternelle et lui feront accomplir, dans l'histoire du monde, la plus belle des missions.

Bien des jeunes, malheureusement, devaient payer de leur vie cet honneur et nous devons saluer la mémoire de cinq de nos jeunes confrères: MM. Ben Ahmout, Monique, Souillard, Périquet et Tomasini, morts au champ d'honneur.

D'autres parmi nos collègues, comme MM. Georges Lemerle,

de Croës, Raymond Lemière, Vais, et des élèves comme Cohn, Diaz, Fargues, Chameau, Mille, Mendelsohn et Wachter étaient plus ou moins grièvement blessés en accomplissant leur devoir.

Moins heureux, MM. Raymond Lemière, notre dévoué Secrétaire général, qui devrait être à nos côtés aujourd'hui et auquel la Société d'Odontologie adresse un souvenir particulièrement ému, MM. Demarquette, Fonsèque, Séron et Soinard sont prisonniers.

Nous avons pourtant la fière consolation de voir citer à l'ordre du jour les noms estimés de MM. Georges Lemerle, très grièvement atteint, alors qu'à Reims il soignait avec dévouement ses blessés et pouvait espérer dans cette mission sacrée être protégé par le pavillon de la Croix-Rouge, Gennesseaux, Audefroy, Vais, Henri Chenet, Raymond Lemière, Michel Renhold, Wallis-Davy.

Enfin la Société a perdu dans le courant de l'année cinq de ses membres, MM. Jules Noel (de Carignan), Chaboseau, Alfred Ronnet qui a été pendant de longues années un de nos dévoués professeurs à l'Ecole, Léonce Legrand et J. Erny (de Lyon).

Après ce salut à des noms que nous confondons tous dans une mutuelle estime, il me reste à vous remercier de ces quelques minutes d'attention et à vous prier de nous suivre dans la visite du Dispensaire Militaire et du Comité de Secours aux Blessés.

II. — VISITE DU COMITÉ DE SECOURS ET DU DISPENSAIRE MILITAIRE.

Après cette allocution a eu lieu la visite du Dispensaire militaire sous la direction de MM. Blatter et G. Villain, qui ont donné aux membres de la Société les indications voulues sur l'organisation de celui-ci et les résultats obtenus.

Par les articles que nous avons consacrés au Comité de Secours et au Dispensaire militaire et l'exposé de leurs travaux depuis leur création jusqu'au 26 juin que nous avons publié dans notre dernier numéro, nos lecteurs peuvent se faire une idée de l'importance de ces créations et des services qu'elles rendent à l'armée et, par suite, à la défense du pays.

Après la visite du Dispensaire, eut lieu la visite des services du Comité de Secours aux blessés des maxillaires et de la face, en plein fonctionnement, sous la conduite de MM. Roy et P. Martinier, qui ont exposé le fonctionnement du Comité; ils ont ensuite donné des indications générales sur le traitement appliqué par

eux dans les mutilations des mâchoires à la suite de l'expérience acquise par le travail du Comité de Secours depuis le 5 septembre (date d'arrivée des premiers blessés) grâce à la collaboration des membres dévoués qui coopèrent avec eux depuis cette époque au traitement des blessés. Ils présentèrent alors une série de malades groupés par catégorie montrant les moyens employés et les résultats obtenus dans les différents cas. Cette présentation conférence sera publiée prochainement.

Les visiteurs se sont montrés vivement intéressés par ce qu'ils ont vu et ont chaleureusement félicité les frères qui se consacrent aux soins de nos valeureux défenseurs.

La réunion a pris fin à onze heures et demie.

**COMITÉ DE SECOURS AUX BLESSÉS
DES MAXILLAIRES ET DE LA FACE**

2^e LISTE DE SOUSCRIPTIONS¹

Souscriptions reçues du 1^{er} avril au 25 juin 1915.

Souscriptions antérieures	10.444	Report.....	11.410.25
M. Bitar (rectification 25 fr., au lieu de 20 fr.)	5	M. Tusseau.....	20
M. Cimagne.....	20	M ^{me} la Baronne de T...	25
M. Triaire.....	7	M. Pailliottin	30
M ^{me} Radet.....	50	M. Kritchewsky.....	70
M. d'Arras.....	2	M. Vincent.....	10
M. le Dr S. Moreira de Rio de Janeiro.....	32	M. Dr Oscar Amoedo...	150
M. Hofzumahäus.....	100	M. Dr Antoine Amoedo.	50
M ^{me} Régis.....	25	M. Van der Henst (M. O. Amoedo).....	20
M. E. Bernaud (M. Dr Godon).....	10	M ^{me} Lapeyrette (M. O. Amoedo).....	20
M. Smith.....	50	M ^{me} Lob Levy (M. Bioux)	10
M. Francq.....	40	M. Viau.....	500
M. Contard.....	40	M ^{me} Jacques Lefranc (M. Viau).....	50
M. Fialon.....	20	M. Prével.....	100
M ^{me} la Comtesse Berlier.	5	M. W. Freeman.....	50
A.....	20	M ^{me} Duvault.....	20
M. Davenport.....	50	M ^{me} Sarraut.....	20
M. Girardier.....	50	M. Robine	20
M. Liskenne.....	50	« Le Figaro » 2 ^e ver- ment).....	435
M. Brodhurst (Dr Godon)	25	M. Dr Sauvez.....	200
X... (M ^{me} de Lémos)....	10	M. Delattre.....	20
M. Berkovith	10	M. et M ^{me} Pellerin	100
M. Spaulding (Dr Godon)	100	M. Vidal Naquet	20
M. d'Argent	40	M. Houdié	50
M. X... (M. d'Argent)...	160	M ^{me} Bouligaud (M. Jeay).	100
M. Louis Subirana 25 pe- setas (Dr Godon)....	25.25	M. Delestre.....	50
M. Mendelovici.....	20		
<i>A reporter.....</i>	<i>11.410.25</i>	Total au 25 juin...	13.550.25

1. Voir *Odontologie* du 30 mars 1915.

NÉCROLOGIE

Mort au champ d'honneur.

Nous avons le regret d'apprendre la mort au champ d'honneur de M. Albert René Vorbe, médecin auxiliaire, ancien élève de l'Ecole dentaire de Paris, tué en Champagne le 17 juin 1915 dans sa 24^e année.

Un service religieux a été célébré à son intention, le 20 juillet 1915, en l'église Saint-Ambroise, à Paris.

Nous adressons à sa famille nos sincères condoléances.

Eugène Buron.

Nous apprenons avec regret la mort, à l'âge de 44 ans, de notre confrère M. Eugène Buron, ancien élève de l'Ecole dentaire de Paris, survenue le 10 juillet 1915 dans son domicile, 90, boulevard de Courcelles, Paris.

Ses obsèques ont eu lieu le 13 à l'église Saint-François de Sales.

Nous adressons nos sincères condoléances à sa famille.

NOUVELLES

Légion d'honneur.

Nous relevons, avec le plus grand plaisir, dans le *Journal officiel* du 30 juin, la nomination au grade de chevalier de la Légion d'honneur de notre confrère M. Georges Lemerle, professeur à l'Ecole dentaire de Paris, qui, on se le rappelle, avait été grièvement blessé et cité à l'ordre du jour de l'armée. Il a reçu, il y a quelque temps, la *Croix de guerre*.

La décoration lui a été remise solennellement, en même temps qu'à d'autres officiers, dans la Cour d'honneur des Invalides, le 1^{er} juillet, à 9 heures du matin, lors d'une prise d'armes commandée pour la circonstance. Cette cérémonie, à la fois simple et grandiose, a été particulièrement émouvante.

Nous sommes heureux de reproduire les motifs élogieux de cette

récompense, motifs auxquels nous ne saurions rien ajouter sans les affaiblir et qui font le plus grand honneur à notre confrère, auquel nous adressons nos très vives félicitations. Ajoutons que M. G. Lemerle, qui cependant n'est pas encore complètement rétabli de ses blessures, a demandé à repartir pour le front.

« *Sont inscrits aux tableaux spéciaux de la Légion d'honneur les militaires dont les noms suivent :*

Pour chevalier.

(Pour prendre rang du 6 juin 1915).

« *M. Lemerle (Georges), médecin aide-major de 1^{re} classe de réserve, médecin du 2^e groupe du 51^e régiment d'artillerie (artillerie d'une division d'infanterie) : a fait preuve depuis le début de la campagne d'un grand calme, d'un grand courage et d'un dévouement au-dessus de tout éloge. A été cité à l'ordre de l'armée pour sa conduite le 22 août. Blessé le 20 septembre au cours d'un violent bombardement, a montré dans cette circonstance autant de courage que de dévouement, en contribuant à soulager, autant qu'il lui était possible, les blessés qui l'entouraient.* »

Ajoutons que les présidents de la F. D. N., de l'A. G. S. D. F. et de l'Ecole dentaire de Paris, aussitôt la bonne nouvelle connue, ont écrit à M. G. Lemerle pour lui envoyer leurs chaleureuses félicitations.

Renseignements sur les sociétaires, confrères et élèves mobilisés.

Nous avons le plaisir d'apprendre que notre confrère M. le D^r Raymond Lemière, qui était en captivité en Allemagne depuis la fin d'août 1914, a été compris dans le personnel sanitaire qui a été rapatrié au milieu de juillet.

Nous en sommes très heureux et nous adressons à M. Lemière nos vives félicitations, ainsi qu'à MM. Demarquette et Fonsèque, qui, prisonniers également en Allemagne, ont été rapatriés aussi à la même époque.

* * *

André (Georges), chirurgien-dentiste, service dentaire, hôpital temporaire 16, Royallieu, place de Compiègne (Oise).

Astié, dentiste, 9^e section d'infirmiers militaires, Nevers (Nièvre).

Bousquet (Maurice), caporal infirmier, dentiste à l'hospice mixte de Châteauroux (Indre).

Bourdeau (Marius), infirmier de gare, 8^e section, Paray-le-Monial (Saône-et-Loire).

Baril (Paul), sergent, 18^e section d'infirmiers, service de mécanothérapie, Lycée de Talence, Bordeaux.

Boudy, réserviste au D. I. M. Casablanca (Maroc).

Cramer (Geo.), chirurgien-dentiste, hôpital complémentaire, V. R. 64, Le Vésinet (S.-et-O.).

S. F. Coustan, 288^e d'infanterie, 23^e compagnie, 1^{re} section, Auch (Gers).

Deschamps (Roger), infirmier de visite, hôpital mixte de Châteauroux (Indre).

Demazeau, infirmier à la 9^e section, dentiste de l'hospice du Blanc (Indre).

Defraisse, officier d'administration de 3^e classe, Châlons-sur-Marne (Marne).

Devant (J.), caporal dentiste, dépôt d'éclopés, secteur 102.

Forestier (E.), chirurgien-dentiste, centre maxillo-buccal, hôpital 7, Angers (Maine-et-Loire).

Gauthier, sergent infirmier, hôpital temporaire, Châteauroux (Indre).

Goupil des Pallières, 8^e escadron du train des équipages, 25^e C^{ie}, secteur postal 141. G. V. Ax. 71 (Groupement de Westerling).

Guérin Emmanuel, sergent, 13^e section d'infirmiers militaires. Infirmerie de la gare de Moulins (Allier).

Héllion (Dr), médecin aide-major de 1^{re} classe, camp retranché de Verdun (Meuse).

Hermann Burklé, engagé volontaire au 2^e étranger, cité à l'ordre du jour du régiment, nommé d'abord caporal, puis sergent; a reçu la croix de guerre.

Lamoré (Charles-Gaston), 2^e soldat, 10^e compagnie, 3^e bataillon du 174^e d'infanterie, secteur postal 49.

Lebrun (Paul-Emile), 81^e territorial, 9^e C^{ie}, 88^e division.

Lebarbier, 3^e section d'infirmiers militaires, Vernon (Eure).

Machtou (Léon), T. P. 80^e section, convois automobiles, secteur postal 97.

Marceau, infirmier dentiste, Lycée de Talence, Bordeaux.

Marchand, 38^e territorial, 15^e C^{ie}, Montargis (Loiret).

Mascret, maréchal des logis, chirurgien-dentiste, infirmerie du 2^e régiment d'artillerie lourde, Vincennes, et non Mascaret, comme le mentionne par erreur notre numéro de décembre.

Mony (René), infirmier, 9^e territorial, 5^e C^{ie}, secteur postal n° 3.

Moulinet (R.), chirurgien-dentiste du dépôt d'éclopés de Meaux (S.-et-Marne).

Pigot (Georges), chirurgien-dentiste, infirmerie du 130^e d'infanterie, Mayenne (Mayenne).

Raimond (Dr), médecin-major de 2^e classe, Marnay (Hte-Saône).

Ratoré, camp retranché de Langres.

Renhold (Michel), infirmier, 45^e territorial, 1^{er} bataillon, Verdun (Meuse).

Renhold (Max), infirmier, 10^e ambulance, 16^e corps, secteur postal 40.

Tamisier (A.), dentiste divisionnaire, ambulance 1, 42^e division d'infanterie, secteur 35.

Tariote, infirmerie, caserne Gémeau, Sens (Yonne).

Thénay (Dr), médecin-major de 2^e classe, Bourges (Cher).

Renoux, hôpital temporaire 29, Châteauroux (Indre).

Vais (Dr), médecin auxiliaire, blessé à la cuisse au mois de décembre en Belgique, proposé pour la croix de guerre.

L'ODONTOLOGIE

TRAVAUX ORIGINAUX

L'ASYMÉTRIE DU MAXILLAIRE INFÉRIEUR. LES CONSÉQUENCES QUI EN DÉCOULENT POUR LA THÉORIE DU TRIANGLE ÉQUILATÉRAL DE BONWILL ET LES ARTICULATEURS DITS ANATOMIQUES OU PHYSIOLOGIQUES.

Par J. CHOQUET,

Professeur à l'Ecole dentaire de Paris.

(Communication à la Société d'Odontologie, 9 juin 1914).

Depuis de nombreuses années, tant à la Société d'Odontologie que dans d'autres Sociétés scientifiques, aussi bien qu'au cours de conversations professionnelles avec des confrères, je me suis toujours élevé contre la théorie du triangle équilatéral de Bonwill.

Lors d'une de nos dernières réunions, j'ai encore élevé la voix, en réponse aux arguments qui étaient opposés systématiquement à mes observations.

On me disait: « Mais cette théorie existe, puisque depuis trente ans au moins, personne n'a jamais élevé la voix contre elle ; puisque, grâce à celle-ci, l'on est parvenu à créer des articulateurs anatomiques ou physiologiques absolument parfaits, permettant de reproduire tous les mouvements de la mandibule et simplifiant ainsi notre travail dans la construction des appareils de prothèse ; puisque surtout l'existence du triangle équilatéral a été démontrée d'une façon indiscutable par des praticiens et des spécialistes de toutes les nations. »

Prenez un maxillaire inférieur, me disaient les plus fervents protagonistes de cette théorie, et vous verrez que

vous vous trompez lorsque vous osez avancer que le triangle équilatéral n'existe pas.

Devant cet état d'esprit, devant cette volonté bien arrêtée de ne pas vouloir reconnaître que depuis 1865, époque où Bonwill présenta à *l'American Dental Association* son premier travail intitulé : *Articulation and articulators*, tous ceux qui ont accepté les vues de Bonwill et ont cherché à les faire reconnaître comme vraies par la profession, ont fait fausse route, je me suis décidé à faire toucher du doigt à ces protagonistes irréductibles l'erreur dans laquelle ils se sont complu.

Aujourd'hui je viens apporter des preuves irréfragables basées, non sur des idées que mon imagination aurait pu créer, ce qui n'est pas admissible lorsque l'on veut travailler d'une façon réellement scientifique, mais sur des milliers d'observations et de mensurations que j'ai effectuées spécialement à cet égard. Notre profession ne doit être assise que sur des bases absolument solides et c'est au chirurgien-dentiste qu'il appartient de le prouver.

Il y a quelque vingt ans, alors que la théorie de Bonwill a fait son apparition en France, j'ai été, moi aussi, séduit par les idées émises par leur inventeur, mais j'avoue très franchement que je ne comprenais qu'une chose, c'est que l'on devait toujours trouver un triangle équilatéral dans un maxillaire inférieur. Ce n'est qu'au fur et à mesure que je cherchais à m'assimiler les idées de Bonwill, que j'ai fini par me demander si par hasard dans cette théorie que tous comprenaient soi-disant après une simple lecture, il n'existe pas un défaut ou tout au moins une explication manquant de clarté.

C'est alors que venant à mesurer un maxillaire inférieur, je constatai, à mon grand étonnement, qu'il était de toute impossibilité d'inscrire le fameux triangle équilatéral. J'effectuai d'autres mensurations, et je pus me rendre compte dès ce moment que la théorie de Bonwill au sujet de laquelle on faisait tant de bruit était tout à fait sujette à caution.

Je m'astreignis alors à continuer mes recherches et à étendre celles-ci dans un rayon d'action bien déterminé, et ce sont les résultats auxquels je suis parvenu que je vais avoir l'honneur de vous soumettre ce soir.

Au mois de décembre dernier, alors que j'ai présenté ma très courte note sur l'asymétrie du maxillaire inférieur, j'ai posé un premier jalon destiné à réduire à sa juste valeur la théorie de Bonwill. Il faut croire que les arguments que j'ai apportés ce soir-là ont été de quelque valeur, car, depuis cette époque, il semble que ceux qui étaient si enthousiastes jusqu'alors se soient un peu refroidis. Ils ne parlent plus d'une façon aussi affirmative de la longueur des côtés du triangle équilatéral qui primitivement devait être de 10 centimètres, pas un millimètre de plus ; ils laissent entendre que ces dix centimètres sont une moyenne sur laquelle on doit se baser, et, rendant vrai une fois de plus le vieux proverbe français qui dit que nul n'est prophète en son pays, ils ajoutent :

Un tel a prouvé ceci ; X a démontré que, etc., etc., etc., et ils terminent en disant : Quant à nous, nous n'avons jamais dit ceci, nous n'avons jamais avancé cela, etc., etc., etc.

Bref, l'on sent très bien qu'il y a quelque chose en voie d'évolution. Rien n'est encore changé, mais la transformation ne tardera pas à se faire d'une façon complète, quitte à brûler ce que l'on aura adoré, et à devenir aussi anti-Bonwilliste qu'on aura été jusqu'à ce jour partisan fervent de cette théorie et de toutes ses erreurs.

A ceux qui me disent que d'autres avant moi se sont élevés contre la théorie de Bonwill, je répondrai simplement : Je sais très bien qu'en 1895, le docteur Walker, de Pass Christian, indiqua des erreurs dans la théorie du triangle équilatéral, mais il ne parla en aucune façon de l'inexistence de celui-ci. Tout récemment encore, le Dr Fr. Frahm, dans le *Dental Cosmos* de mai de cette année, a émis l'opinion que le triangle équilatéral se rencontre. Mais Frahm n'a pas fait de pourcentage et n'a pas envisagé, pas plus d'ailleurs qu'aucun autre, l'asymétrie du

maxillaire inférieur dans ses parties les plus intéressantes comme je le démontrerai dans un instant. Et pour en finir avec cette question de principe, je leur dirai surtout : Puisque soi-disant d'autres avant moi auraient démontré la fausseté de cette théorie, comment se fait-il que vous ayez continué à admettre ces erreurs et que vous n'ayez pas changé d'avis à la suite de ces soi-disant travaux ?

Il y a là un fait inexplicable.

Que l'on veuille bien excuser ce petit préambule, mais je considère qu'il était nécessaire pour ne pas dire indispensable. La théorie de Bonwill n'ayant jamais été exposée *in extenso* en France, je vais combler cette lacune en la décrivant tout au long. Qu'est-ce donc que cette théorie ?

Si l'on s'en rapporte aux définitions de Bonwill lui-même, c'est une assimilation des idées de Platon (?) qu'il a voulu généraliser en faisant du triangle équilatéral la base du développement de toute chose et de tout organisme.

Voyons en effet ce que disait Bonwill dans le seul mémoire qu'il ait accepté de publier un éditeur, mémoire dont la publication a été interrompue par la mort de son auteur. Je veux parler du Journal *Items of Interest*, septembre 1899.

On lit, en effet, ce qui suit à la page 636 : « *Plato placed this angle as the most important of all geometrical work... Come down to the present day and you will find in this angle a law that no mechanician or artist can afford to ignore... It is the basal angle of all development of form... It is proven beyond doubt in the human jaws, their creation and perpetuation and preservation without change to a higher form of organisation and must ever remain the basis of this complex organism, which cannot be changed to a higher type any more than its base can be¹.* »

1. « Platon considérait cet angle comme la chose la plus importante de tout travail géométrique... Arrivons à nos jours et nous trouverons dans cet angle une loi qu'aucun mécanicien et qu'aucun artiste ne peuvent ignorer... C'est l'angle qui sert de base à tout développement de forme... Il a été prouvé incontestablement dans les mâchoires humaines, leur création, leur perpétuation et leur conservation sans change-

Ainsi que l'on peut s'en rendre compte, le point de départ est très nettement posé, et Bonwill considère le triangle équilatéral comme la base de tout.

Antérieurement à cet article, il en avait publié un autre, présenté le 27 février 1878 devant l'Alumni Association of the Pennsylvania College of Dental Surgery. Cet article était intitulé: *The science of the articulation of artificial dentures*. Le *Dental Cosmos* reproduisit cet article dans le numéro de juin de la même année, et l'on y lit à la page 321 ce qui suit: « *From one condyloid process of the lower maxilla to the other is about four inches. From these processes to the median line is also four inches. These measurements vary slightly, but never more than one-fourth of an inch*¹. »

Ces mesures ne concordent pas du tout avec la réalité des faits, comme on pourra s'en rendre compte un peu plus loin par les mensurations que j'ai effectuées. En effet, partant d'un point précis, j'ai établi des maxima et des minima qui sont représentés respectivement par 138 et 96 millimètres pour le diamètre bi-condylien externe, 95 mill. et 64,5 si l'on prend le diamètre bi-condylien interne.

Pour chercher à établir le triangle équilatéral, on ne doit jamais se baser sur l'une ou l'autre de ces faces, et c'est exclusivement sur *le milieu du condyle* que doivent être établis les points de départ. Bonwill n'a stipulé ce point capital que dans son mémoire de 1899, et cependant, il n'y a encore que peu d'années, bien des protagonistes de cette théorie ne le signalaient pas.

Toujours est-il que, partant du milieu des condyles, l'on doit, d'après Bonwill, pouvoir inscrire un triangle équilatéral dont un des sommets doit toujours aboutir au bord libre

ment pour passer à une forme plus élevée d'organisation et il doit toujours demeurer la base de cet organisme complexe qui ne saurait être changé en un type plus élevé que sa base ne peut l'être. »

1. « D'un procès condyloïde du maxillaire inférieur à l'autre il y a environ 10 centim. De ces procès à la ligne médiane il y a également 10 centim. Ces mesures varient légèrement, mais jamais de plus de 6 mm. »

des incisives centrales inférieures. Partant de ce principe qui, au résumé, n'est que le résultat d'une vue de l'esprit, car ni Bonwill ni aucun de ceux qui se vantent d'avoir travaillé sous sa direction, non plus qu'aucun des partisans de sa théorie, n'a cherché à se rendre compte si cette vue de l'esprit était exacte en mesurant un certain nombre de crânes, une quantité déterminée de maxillaires inférieurs. Partant de ce principe, disons-nous, tout l'édifice construit par Bonwill et ses protagonistes s'écroule de lui-même. Et cependant ce ne sont pas les travaux ni les communications qui ont fait défaut. Mais ceux-ci laissaient bien souvent à désirer sous le rapport de la clarté, et bien souvent même les dessins accompagnant ces travaux prouvent préremptoirement ce que je viens d'avancer et semblent même vouloir démolir la théorie qu'ils veulent défendre.

Un exemple entre tous suffira à le prouver. Le défenseur par excellence de la théorie de Bonwill en France et dans tous les congrès nationaux ou internationaux, le Dr Oscar Amoëdo, que nous connaissons tous par ses nombreux mémoires sur la théorie de Bonwill, a publié en 1907 un travail intitulé : *Étude sur l'articulation des dentiers artificiels suivant les lois anatomiques et physiologiques qui régissent l'articulation temporo-maxillaire et celles des arcades dentaires chez l'homme*.

A la page 37 de ce mémoire, si l'on examine attentivement la figure 23 représentant un maxillaire inférieur, on est tout étonné de constater que ce maxillaire va tout à fait à l'encontre de la théorie qu'il veut défendre. Ce dessin pourrait résumer à lui seul le sujet de ma communication, car il est impossible d'y inscrire un triangle équilatéral suivant les lois de Bonwill : un des sommets de ce triangle, celui qui doit aboutir au bord libre des incisives, vient en réalité se terminer à un centimètre en avant du bord libre (fig. 1) des incisives. En outre le diamètre des condyles diffère sensiblement de droite à gauche, et enfin l'obliquité de ceux-ci varie, elle aussi, dans des proportions considérables. Il faut convenir, en examinant cette figure, ou que son

auteur l'a bien mal choisie pour appuyer sa démonstration, ou bien qu'il n'a pas cherché à se rendre compte, ainsi que je le disais plus haut, si les mensurations de Bonwill étaient exactes, en s'astreignant à faire lui-même quelques mensurations. De façon à bien prouver ce que j'avance, j'ai, pour cette figure n° 1, avant de la photographier, tracé au compas, deux portions de circonférence dont le centre de chacune part du milieu du condyle. Ces deux portions viennent se rencontrer, s'entrecroiser, non au niveau du bord libre des incisives centrales, mais au contraire, bien en avant de la symphyse, démontrant ainsi l'impossibilité de construire un triangle équilatéral tel que l'indique Bonwill. La divergence des condyles, tant comme diamètre que comme obliquité, se constate à l'œil nu.

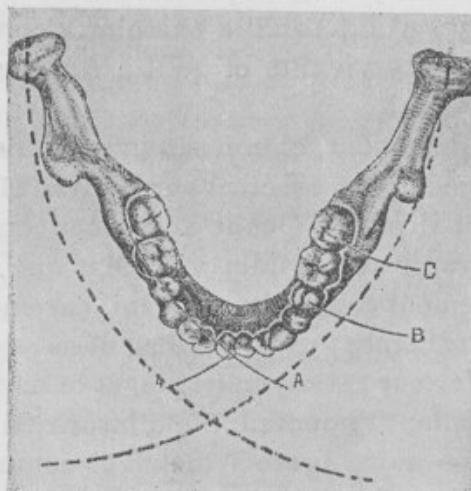


Fig. 1.

J'ai dit plus haut que tout l'édifice construit par Bonwill et ses élèves s'écroulait de lui-même, et il ne pouvait en être autrement, car le maxillaire inférieur, à l'encontre des définitions qui sont données par les anatomistes qui le décrivent comme un os absolument symétrique, est en réalité un os asymétrique dans plus de 90 % des cas. Je vais du reste le démontrer un peu plus loin, car c'est le point de départ

de mon argumentation pour montrer la fausseté de la théorie de Bonwill. Si celui-ci avait dit que dans tout maxillaire inférieur *vu sous un certain angle*, ce qu'il n'a jamais fait, on pouvait inscrire une figure géométrique ayant forme de triangle, sans stipuler ainsi qu'il l'a fait, que cette figure devait être un triangle équilatéral de dix centimètres de côté, mais que l'on pouvait se trouver en présence, soit d'un triangle isocèle, soit d'un triangle scalène, cette définition aurait pu être acceptée sans la moindre contestation, car elle n'entraînait aucune conséquence. Il n'en a pas été ainsi, et tous ses partisans ont réédité la même erreur. Ils ont cru les yeux fermés ce qu'avait avancé Bonwill, sans chercher à voir si les chiffres qu'il donnait étaient exacts. Aucun d'eux n'a été frappé par ses exagérations lorsqu'il dit par exemple (*Items of Interest* sept. 1899, page 637, 9^e lig.) qu'il a examiné 4.000 crânes et au moins 6.000 sujets vivants et qu'il a *toujours* trouvé le triangle équilatéral.

On peut se demander, et non sans raison, de quelle façon Bonwill a procédé pour effectuer sur le vivant les 6.000 mensurations dont il parle. Quant aux 4.000 crânes qu'il dit avoir mensurés, il aurait fallu vraiment que ce soient des sujets spécialement construits pour lui, car encore une fois, d'après mes recherches personnelles, dans 90 % des cas le maxillaire inférieur est asymétrique, et le mot asymétrique implique forcément l'impossibilité d'inscrire à l'intérieur de cette figure une autre figure symétrique comme le triangle équilatéral. Pour ma part il m'est passé entre les mains plusieurs milliers de crânes et de maxillaires inférieurs provenant tant des Galeries d'Anthropologie du Muséum que de mes collections personnelles, et je n'ai autant dire jamais rencontré le triangle équilatéral. Ce que j'ai constaté à tout instant, c'est l'asymétrie du maxillaire inférieur, portant tantôt sur un point, tantôt sur un autre.

(A suivre.)

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

LA PREMIÈRE AMBULANCE AUTOMOBILE DENTAIRE MILITAIRE

Le samedi 31 juillet à 2 heures, le sous-secrétaire d'Etat au ministère de la Guerre, M. Justin Godart, accompagné de membres du Parlement appartenant aux Commissions sanitaires et des principaux fonctionnaires du Service de santé, est venu inspecter à Neuilly, dans les établissements Roy, les nouvelles voitures automobiles destinées aux divers services militaires sanitaires.

Parmi elles, le Ministre a été particulièrement intéressé par une voiture automobile aménagée en cabinet de chirurgie et de prothèse dentaires dont le principe, pour les Services du front, avait été proposé par M. le sénateur Paul Strauss dans son rapport à la Commission supérieure consultative du Service de santé¹ et adopté par celle-ci.

M. Paul Strauss, qui était accompagné du Directeur de l'Ecole dentaire de Paris, fit valoir au Ministre les nombreux avantages de cette innovation, destinée à compléter, à l'exemple de l'étranger, les services dentaires de l'armée.

Cette voiture dont le modèle avait été proposé par notre confrère le Dr Gaumerais, qui en faisait du reste la présentation, est une première application de la proposition de M. P. Strauss. Elle comprend un cabinet dentaire suffisant avec fauteuil, crachoir, tour à fraiser, tablettes, etc., ainsi qu'un laboratoire de prothèse contenant un établi de deux places, un vulcanisateur, un tour, etc.; des armoires pour les instruments et les matières premières sont disposées le long des parois de la voiture. Ce modèle nous a paru très pratique. Il coûte environ dix-sept mille francs.

Le personnel comprend : le médecin aide-major chef du service, Dr Gaumerais, un chirurgien-dentiste, M. Viel, un mécanicien-dentiste et un chauffeur.

Nul doute qu'avec cette organisation nos confrères ne soient en mesure de rendre les plus grands services à nos soldats du front pour les soins de chirurgie et de prothèse dentaires d'urgence.

La profession tout entière appréciera l'importance de cette innovation. C'est une fois de plus une place nouvelle faite à la chirurgie et à la prothèse dentaires dans l'armée.

C'est ainsi que la logique des événements, plus forte que les oppositions dogmatiques ou bureaucratiques, amène graduellement la réalisation des réformes. La chirurgie et la prothèse dentaires auront ainsi pendant cette guerre démontré leur utilité

1. Voir *Odontologie* du 30 mars 1915, p. 49.

pratique dans l'armée et conquis leur place dans le Service de santé militaire en associant et en utilisant les divers éléments de la profession : les docteurs en médecine dentistes, les chirurgiens-dentistes et les mécaniciens.

C'est une nouvelle étape dans la voie du progrès. Il reste à faire au chirurgien-dentiste militaire une place dans la hiérarchie de l'armée plus en rapport que celle d'infirmier avec son instruction médicale et technique et les services qu'il ne cesse de rendre. C. G.

UN NOUVEAU CENTRE DE STOMATOLOGIE ET DE PROTHÈSE MAXILLO-FACIALE

Les chefs de service de l'hôpital 41 bis à Toulouse ont offert au Ministre de la Guerre, sous les auspices de M. le Prof. agrégé Dieulafé, de réserver cet hôpital pour la création d'un centre de stomatologie et de prothèse maxillo-faciale. Ce centre fonctionne maintenant sous la haute direction de M. le Dr Sauvez, médecin-major de 2^e classe, professeur à l'Ecole dentaire de Paris, avec le Dr Ducuing, médecin auxiliaire traitant, la collaboration du Prof. Dieulafé, M. de Sevray dentiste, quatre opérateurs et quatre mécaniciens-dentistes.

Nous adressons nos vives félicitations à notre collègue M. le Dr Sauvez, qui complète ainsi l'œuvre poursuivie à Paris, Lyon et Bordeaux.

RÉPONSE DU MINISTRE DE LA GUERRE A UNE QUESTION ECRITE

(*Journal officiel* du 1^{er} août 1915, p. 5294.)

3494. M. Merlin, député, demande à M. le Ministre de la Guerre si les chirurgiens-dentistes, régulièrement diplômés par les facultés de médecine après 12 inscriptions et sur le front depuis le début de la mobilisation, ne peuvent pas être nommés au grade de médecin auxiliaire (chargés du service de stomatologie).

RÉPONSE

Ne peuvent être nommés médecins auxiliaires que les étudiants en médecine pourvus d'au moins 8 inscriptions de doctorat. En ce qui concerne la question de l'attribution d'un grade aux chirurgiens-dentistes, l'honorable député est prié de se reporter à la réponse faite à la question n° 1259, *Journal officiel* du 17 mars 1915, page 1419.

**

Nota. — Nous avons publié cette réponse dans notre numéro du 30 mars 1915, page 54. Elle porte :

« Aucun texte légal ou réglementaire ne permet aux chirurgiens-dentistes d'obtenir des grades au titre de leur spécialité, mais ils peuvent être nommés caporaux ou sous-officiers comme les autres hommes de troupe et dans les mêmes conditions. »

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

L'AIDE CONFRATERNELLE

aux dentistes français et belges victimes de la guerre

Ainsi que nous l'avons annoncé il y a quelque temps dans un article en faveur des victimes de la guerre¹, une société s'est formée pour venir en aide aux confrères français et belges qui auront eu à souffrir dans leurs biens ou dans leurs personnes de la terrible guerre que nous subissons.

Cette société, fondée sur les bases les plus larges et les plus libérales, comme on peut le voir par la liste du Comité de patronage, est aujourd'hui définitivement constituée et nous publions ci-dessous la circulaire qu'elle adresse à tous les dentistes pour les inviter à lui apporter leur obole pour secourir les infortunes professionnelles. Nous espérons qu'ils se feront un devoir de répondre tous à cet appel à la plus belle des solidarités. Nous publions également les statuts de la nouvelle société.

Mon cher confrère,

Quelques confrères, réunis sans distinction de parti et de doctrine par une pensée commune de solidarité, ont pensé qu'il était du devoir de la profession de s'intéresser au sort malheureux de ses membres lésés par la guerre.

De la réunion de ces confrères appartenant à tous les Groupes professionnels et animés du seul désir de faire le bien, est née L'AIDE CONFRATERNELLE aux dentistes français et belges victimes de la guerre. Il leur a paru, en effet, très naturel d'associer dans une même pensée de solidarité les Français et les Belges qui s'illustrèrent ensemble, aux champs de bataille des Flandres, pour un commun idéal de liberté.

Nous n'ignorons pas que l'Etat prévoyant étudie déjà les

^{1.} *Odontologie*, 28 février 1915, p. 25.

moyens de réparer les dommages causés par la guerre, mais ces dommages sont si nombreux, leur évaluation parfois si complexe, que les intéressés, malgré tout le zèle des autorités communales et gouvernementales, se trouveront fatalement dans l'obligation d'attendre pendant un temps relativement long les réparations auxquelles ils ont droit. De là, pour chaque victime de la guerre, une période extrêmement pénible à traverser et que nous serions heureux d'éviter, dans la plus large mesure, aux membres de notre profession.

Il ne faut d'ailleurs pas perdre de vue qu'il existe toutes sortes de dommages que ni l'Etat, ni les Communes ne sauraient prendre à leur charge. De même il est nécessaire de penser aussi à la multiplicité de formes que revêtira l'infortune à secourir. Il y aura des veuves, des orphelins, des mutilés; certains confrères auront vu leurs maisons détruites par l'incendie et le bombardement; d'autres auront eu leurs demeures pillées de fond en comble et à ceux-là les méthodiques cambrioleurs allemands n'auront eu garde d'enlever jusqu'à leurs instruments de travail.

Etant donné l'importance des territoires envahis — toute la malheureuse Belgique et dix des plus riches départements français — nous sommes malheureusement certains que les infortunes à secourir seront innombrables. Il est donc nécessaire que notre Association recueillera des sommes considérables. Pour cela, il importe que ceux d'entre nous qui sont dispensés de toute obligation militaire et qui peuvent continuer à travailler, viennent en aide à ceux qui souvent furent à la fois dans leurs biens des victimes de l'envahisseur et, dans leur personne, des défenseurs de la Patrie. En raison de l'importance des besoins auxquels nous aurons à faire face et notre appel étant limité aux seuls professionnels, nous avons pensé favoriser les versements importants en donnant à nos souscripteurs la facilité d'échelonner ceux-ci en plusieurs annuités. Ainsi le gros effort que nous leur demandons pourra être moins lourd à supporter.

Mon cher confrère, c'est persuadés que nous sommes, de trouver auprès de vous le plus généreux accueil, qu'en terminant nous faisons appel à ce beau sentiment de solidarité professionnelle dont vous avez fait preuve en maintes circonstances, mais qui prend aujourd'hui la valeur d'une véritable obligation morale.

Nous vous engageons vivement à répondre dans le plus bref délai à notre appel et, autant que possible, à joindre à votre réponse le montant de votre premier versement, car le temps presse.

Le Comité.

STATUTS

TITRE I^{er}

ART. 1^{er}. — Il est fondé une Association dénommée *L'aide fraternelle aux dentistes français et belges victimes de la Guerre*.

L'œuvre a pour but de venir en aide aux Dentistes français et belges victimes de la guerre.

ART. 2. — Son Siège social est à Paris, au domicile du Président et peut être changé par décision du Conseil de Direction.

Art. 3. — La durée est limitée à la période des hostilités, augmentée des cinq années consécutives.

Elle peut être prolongée ou diminuée par décision de l'Assemblée Générale.

TITRE II

ART. 4. — L'œuvre comprend :

1^{er} Des membres titulaires ; 2^o Des membres souscripteurs.

ART. 5. — Sont membres titulaires :

1^o Les membres du Comité de patronage ; 2^o Les Délégués des Comités étrangers ; 3^o Toute autre personne souscrivant au profit de l'œuvre une somme minima de *cinq cents francs* (500 fr.).

ART. 6. — Sont membres souscripteurs :

Tous ceux qui versent une souscription dont le montant n'est pas limité, mais inférieur à *cinq cents francs* (500 fr.). (Voir article 5).

Sous aucun prétexte, même après les hostilités, les souscriptions des sujets des nations ennemis ne pourront être acceptées.

TITRE III

ART. 7. — Les ressources de l'œuvre se composent : des souscriptions de ses membres, des subventions qui lui sont accordées, du profit des fêtes et des quêtes qu'elle peut organiser ; du revenu de ses biens et des valeurs acquises en remplacement ; des dons et allocations charitables qui lui sont faits.

TITRE IV

ART. 8. — L'œuvre est dirigée par un *Comité de patronage* et administrée par un *Conseil de Direction* de vingt membres, lequel nomme dans son sein un Bureau, composé de :

1 Président ; 4 Vice-présidents ; 1 Trésorier ; 1 Trésorier-adjoint ; 1 Secrétaire-général ; 2 Secrétaire-adjoints.

ART. 9. — S'il le juge à propos pour les besoins et l'intérêt de l'œuvre, le Conseil de Direction a la faculté de s'adjointre de nouveaux membres sans dépasser, pour tout le Conseil, le nombre de vingt-cinq.

Le Conseil de Direction a les pouvoirs les plus étendus pour la gestion des affaires de l'œuvre.

ART. 10. — Le remplacement des membres du Conseil de Direction ou du Bureau, décédés ou démissionnaires, est effectué par le Conseil de Direction ou le Bureau suivant le cas, le ou les membres étant choisis parmi les membres du Comité de patronage.

TITRE V

ART. 11. — Les fonds de l'œuvre sont déposés dans un Etablissement financier désigné par le Bureau, ils ne peuvent en être retirés en tout ou en partie que par le Trésorier et avec la signature du Président du Conseil de Direction.

ART. 12. — Font partie de l'Assemblée générale les membres titulaires. Les décisions de cette Assemblée ne sont valables que si elles sont votées à la majorité des membres présents.

ART. 13. — Au bout de la cinquième année après l'expiration des hostilités, ou avant si le Conseil de Direction le juge nécessaire, l'Assemblée se réunira sur la convocation du Président du Bureau pour l'approbation des comptes, elle statuera sur les questions portées à l'Ordre du jour par le Bureau et décidera la liquidation ou la continuation de l'œuvre; elle nommera, dans ce cas, un nouveau Conseil de Direction.

Les Conseillers sortants sont rééligibles.

En cas de liquidation elle indiquera l'emploi qui devra être fait de l'actif de l'œuvre.

ART. 14. — A toute époque la convocation de l'Assemblée générale peut être réclamée par une demande adressée au Président du Bureau et signée par le tiers des membres titulaires.

ART. 15. — L'œuvre répond seule des engagements contractés par elle, aucun de ses membres (même ceux qui participent à sa direction) n'en n'est tenu personnellement.

Toutes les attributions de secours à un titre quelconque ne pourront être décidées que par un vote du Bureau.

ART. 16. — Le Trésorier est le représentant légal de l'Association; il a pleins pouvoirs pour soutenir et intenter toute action judiciaire au nom de l'œuvre.

ART. 17. — Toutes les fonctions du Conseil de Direction sont gratuites.

ART. 18. — Les présents statuts pourront être modifiés par l'Assemblée générale à la majorité des membres présents dans les cas suivants:

1^o Soit sur la proposition du Conseil de Direction;

2^o Soit sur la demande d'un tiers des membres titulaires.

ART. 19. — Les présents statuts ont été publiés conformément à la loi.

ÉCOLE DENTAIRE DE PARIS

UN CONCERT POUR LES BLESSÉS

Le Comité de secours aux blessés des maxillaires de la face avait décidé, sur l'aimable proposition de son administrateur M. Garay, de la Comédie française, d'offrir un concert aux blessés du Comité et du Dispensaire militaire de l'Ecole.

Le 22 juillet, nos blessés, dès deux heures, arrivaient à l'Ecole dentaire de Paris des diverses ambulances où ils sont hospitalisés et, bien que cette petite fête eût été organisée un peu à l'improvisée, une assistance des plus nombreuses était venue se joindre à nos braves soldats et la grande salle de dentisterie opératoire, qui avait été complètement garnie de chaises, fut trop petite pour contenir les spectateurs dont un assez grand nombre ne put y trouver place.

Tous les membres du Comité de secours, les membres du Conseil d'administration et du Corps enseignant de l'Ecole étaient venus assister à cette réunion.

Le Dr Maurice Roy, président du Comité de secours aux blessés des maxillaires, ouvrit la séance à 3 heures par la petite allocution suivante.

Mes chers et vaillants amis,
Mesdames, Messieurs.

Nous sommes heureux de vous avoir réunis dans une petite fête intime comme celle que nous avons organisée aujourd'hui grâce au dévouement et à l'activité de notre ami M. Garay, de la Comédie française, qui se prodigue déjà depuis longtemps dans notre Comité, où il remplit les fonctions d'administrateur.

Nous serons très heureux si les quelques moments que vous allez passer aujourd'hui ici vous font oublier les moments parfois moins agréables que vous y passez dans la matinée.

Mais j'espère que, même de ceux-ci, vous ne conserverez pas trop mauvais souvenir lorsque l'heure de la guérison définitive aura sonné pour vous tous.

Chacun sait que l'état moral retentit sur l'état physique et c'est grâce à leur énergie morale que les blessés de la vaillante armée française doivent de se guérir avec une promptitude qui étonne les médecins allemands qui ont eu à soigner certains d'entre eux, alors que les phénomènes inverses sont constatés par les médecins français soignant les blessés allemands. Sans doute cette constatation n'est pas nécessaire pour juger de la vaillance et de l'entrain de nos braves soldats, que nous pouvons apprécier de bien d'autres manières. Néanmoins

elle est une justification de plus d'une petite fête comme celle-ci, où nous ajoutons un facteur moral au traitement chirurgical et prothétique que nous pratiquons ordinairement et nous appliquons ainsi le vieil adage qui s'efforce de joindre l'utile à l'agréable.

C'est pourquoi, au nom du Comité de secours aux blessés des maxillaires et de la face, je remercie plus particulièrement les excellents artistes qui ont bien voulu apporter leur concours à cette réunion et que l'on voit depuis le début de la guerre se prodiguer avec tant de dévouement pour nos braves défenseurs. Ils font ainsi, vous le voyez, non pas seulement une œuvre de distraction, ce qui est déjà fort remarquable, mais aussi une œuvre thérapeutique et le médecin est heureux de les remercier d'une si agréable collaboration.

Merci aussi à vous tous, amis de cette maison et de nos braves blessés, qui avez bien voulu venir leur apporter le réconfort de votre présence et qui, par vos dons généreux, avez déjà contribué aux dépenses de notre société pour le soulagement des mutilés de la face. La reconnaissance que veulent bien nous témoigner nos malades, et dont nous sommes si touchés, nous vous en回报ons une bonne part, puisque c'est grâce à vos offrandes que nous avons pu donner une extension aussi étendue à l'œuvre que nous avons entreprise pour le soulagement des vaillantes victimes de la défense de la patrie.

Mais maintenant assez de discours, je pense, et, comme dirait notre ami Garay, mais cette fois un peu par périphrase, au rideau!

Après cette entrée en matière chaleureusement applaudie, les nombreux artistes groupés par M. Garay vinrent tour à tour charmer et amuser l'auditoire. Nous ne pouvons reproduire le programme si copieux et si bien choisi qui fut présenté aux auditeurs, la liste des aimables artistes qui nous prêtèrent leur gracieux concours suffira pour en donner une idée.

On y trouve les noms de Mesdames: Vallier-Langée, de l'Opéra, Lejeune, de l'Opéra, Pélissier, de l'Opéra, Hiéronymus, du Vaudeville *Mme* Fallet, violoniste, accompagnée par sa mère, Myrtan, de la Renaissance, Chesney, Defrance, fille du caissier de l'Ecole, Doyen, Dupont, Million, élèves de M. Garay, *Mme* Garay-Myriel, de la Comédie-Française.

MM. Charles Siblot, sociétaire de la Comédie-Française, Hiéronymus, de la Comédie-Française, Louis Teste, de l'Odéon, Trian-dafyllo, de l'Opéra Comique, 1^{er} prix du conservatoire (1914), Emile Bonnamy, compositeur de musique, auteur de *Mme Pygmalion*, etc. Stacquet, de la Renaissance, Horace Jones, chanteur anglais, le jeune Saudemont qui a dit *La terre des Aieux*, Chahine, Bouffartigne, élèves de M. Garay, *Mme* Garay, de la Comédie-Française.

Nos valeureux soldats prouvaient par leurs vifs applaudissements le plaisir qu'ils prenaient à cette fête qui se prolongea jusqu'à 6 heures. A ce moment *Mme* Garay-Myriel, de la Comédie-Française, et *Mme* Lejeune, de l'Opéra, vinrent un drapeau à la

main sur l'estrade encadrées par tous les artistes, M^{me} Garay-Myriel déclama superbement le *Salut au drapeau*, après quoi M^{me} Lejeune chanta de façon admirable la *Marseillaise*, reprise en chœur par toute la troupe, et c'est dans un air d'apothéose que se termina cette charmante fête, aussi, lorsque aussitôt après le Dr Maurice Roy vint exprimer ses remerciements à nos chers artistes et à notre dévoué administrateur, M. Garay, ses paroles furent accueillies par un tonnerre d'applaudissements et des bals répétés qui, partis du cœur des soldats et des assistants, allèrent, nous en sommes sûrs, au cœur de ceux qu'ils remerciaient.

Pour terminer la fête, une surprise était réservée à nos chers blessés pour lesquels une aimable donatrice nous avait envoyé un nombre imposant de bouteilles de champagne et d'autres personnes des biscuits et des cigares, qui furent accueillis avec le plus grand plaisir par nos hôtes reconnaissants.

Une quête faite dans l'assistance pendant un entr'acte a fourni une somme importante, qui a été versée à la caisse du Comité de secours et qui contribuera ainsi au soulagement des malheureuses victimes de la guerre, pour lesquels, on le sait, le Comité exécute entièrement à ses frais les appareils coûteux nécessaires aux blessés des mâchoires.

Tous nos blessés ont emporté de cette fête un souvenir des plus agréables et c'est là la meilleure récompense pour ceux qui l'ont organisée et pour ceux qui ont contribué à son succès, que nous sommes heureux de remercier ici encore une fois de plus.

COMITÉ DE SECOURS AUX BLESSÉS DES MAXILLAIRES ET DE LA FACE

DONS EN NATURE

Nous avons déjà publié deux listes de souscription en espèces de donateurs qui se sont associés à l'œuvre du Comité de secours. Nous publions aujourd'hui la liste des fournisseurs pour dentistes qui ont contribué à cette œuvre par des dons en nature.

MM. Contenau, Godart et Col-	MM. Lavigne.
lignon.	Société française de four-
De Trey.	nitures dentaires.
Ash et fils.	Louques.
Société coopérative des	D ^r Pinard.
dentistes de France.	Meinard Van Os.
Nicoud.	Reymond frères,
Chevallier.	Rhein.

Froid.	Durosnel.
Dr Boucard.	Devoucoux.
Mullard.	Léandre.
Bourdon.	Delécluse.
Wisner.	M ^{me} Viollet.
Pélissier.	M ^{me} Boulligaud.
Joussein.	M ^{me} Bataille.
Vergès.	M ^{me} Bellet.
Pagnier.	

* *

ERRATUM

Il y a lieu de rectifier ainsi la 2^e liste de souscription que nous avons publiée dans notre dernier numéro :

M. Pellerin, consul général de Norvège, et M^{me} Pellerin
(M. Heïdé) 100 fr.

CORRESPONDANCE

La lettre suivante, adressée à notre confrère M. Quincerot, nous est communiquée pour insertion, parce qu'elle est relative à une question intéressant tous les membres de nos Sociétés professionnelles.

SOCIÉTÉ DE L'ÉCOLE ET DU DISPENSAIRE DENTAIRES DE PARIS

Paris, le 17 août 1915.

Mon cher confrère,

En l'absence de notre président, M. Godon, qui est aux eaux pour sa santé, j'ai l'avantage de vous écrire.

Le 11 septembre 1914, vous avez adressé au président de la Société, avec prière de la publier dans le plus prochain numéro de l'*Odontologie*, une lettre recommandée, demandant l'exclusion des Austro-Allemands de toutes nos sociétés et plus particulièrement de la Fédération dentaire internationale.

Par lettre du 27 juillet 1915 vous avez à nouveau demandé cette publication soit in-extenso, soit en résumé.

Dès le mois d'août 1914, dans les conversations entre les membres de notre Groupement, de même que, officieusement, dans les réunions de bureaux ou de commissions, cette question avait été souvent posée, et le principe de la radiation des sociétaires austro-allemands n'avait trouvé que des adhérents convaincus et indéflectibles.

Mais comme une telle mesure ne peut être prise que par l'Assemblée générale, impossible ou tout au moins très difficile à réunir pendant la durée de la guerre, la question était restée en suspens.

Pourtant, je crois devoir vous rappeler qu'en ce qui concerne le journal l'*Odontologie*, l'exclusion des collaborateurs austro-allemands a été décidée, dès le mois de décembre dernier, par le Comité de rédaction, à sa première réunion depuis la déclaration de la guerre : elle est mentionnée dans un ordre du jour voté à cet égard et inséré page 102 du n° du 30 décembre 1914 (1^{er} n° paru depuis la guerre).

C'est par omission que votre lettre n'a pas paru en même temps ; mais comme suite, le Bureau de la Société de l'Ecole et du Dispensaire dentaires de Paris a été saisi, dans sa séance du

5 janvier 1915, d'une proposition tendant à l'examen de la situation des membres étrangers de la Société appartenant aux nations en guerre avec la France, et a renvoyé cette proposition au Conseil d'administration avec avis favorable à leur exclusion de la Société.

Le Conseil n'a tenu, depuis cette date, que deux séances trop surchargées d'affaires administratives pour pouvoir aborder cette question.

Au reçu de votre lettre du 27 juillet dernier, le Bureau vient de la reprendre à nouveau et de la mettre à l'ordre du jour du prochain Conseil d'administration.

Quant à l'exclusion des Austro-Allemands de la Fédération dentaire internationale, le Bureau ne peut être qu'incompétent et inopérant.

L'opportunité de toute proposition à cet égard demande à être concertée avec les collègues des puissances alliées à la France, et cette consultation doit d'autant plus être ajournée après la guerre, qu'aucune réunion générale de la Fédération dentaire internationale ne se tiendra pendant la durée des hostilités.

Veuillez agréer, mon cher confrère, l'expression de mes meilleurs sentiments confraternels.

*Le Vice-président,
J. D'ARGENT.*

BIBLIOGRAPHIE

Poèmes de guerre.

Notre confrère, M. Robert Morche, vient de publier sous ce titre un petit recueil de poésies pleines de sentiment et de souffle patriotique. A la suite de ces poésies viennent quelques pièces d'une prose suave et musicale, qui fait plaisir à l'esprit et au cœur.

Le seul reproche qu'on puisse adresser à l'ensemble de ces compositions, c'est d'être trop court.

Toutes nos félicitations à l'auteur, que nous ne connaissons pas sous ce jour.

Livre reçu.

Nous avons reçu le programme en espagnol et en anglais de l'Ecole dentaire de Santiago de Chili, orné de nombreuses photogravures.

NÉCROLOGIE

Edmond Delionnet.

Nous apprenons avec une grande tristesse la mort de notre confrère Edmond Henri Delionnet, survenue le 11 août, à Vichy.

Delionnet, qui avait été mobilisé l'an dernier et incorporé dans la 6^e section d'infirmiers militaires à Châlons-sur-Marne, avait contracté, en soignant des typhiques, la fièvre typhoïde, dont il était imparfaitement guéri et c'est aux suites de cette maladie qu'il a succombé.

Il avait obtenu pour récompense de son dévouement dans ces soins la médaille des épidémies et il avait été promu infirmier major.

Membre de l'A. G. S. D. F. démonstrateur à l'Ecole dentaire de Paris, Delionnel avait 30 ans. Tous ceux qui l'ont connu regretteront sa fin prématurée et conserveront son souvenir.

Nous adressons à sa famille nos sincères condoléances et l'expression émue de notre douloreuse sympathie.

Alexandre Dufraisse.

On annonce la mort de notre confrère M. Gabriel Alexandre-Dufraisse, chirurgien-dentiste à Pont-Audemer, membre de l'A. G. S. D. F., survenue le 1^{er} août 1915, à l'âge de 67 ans.

Nous adressons à toute sa famille l'expression de nos vifs regrets et de nos sincères condoléances.

MORTS AU CHAMP D'HONNEUR

Eugène Raffanti.

Notre confrère M. Eugène Raftanti, de Paris, membre de l'A. G. S. D. F., blessé le 14 novembre 1914 d'un éclat d'obus à l'épaule est décédé le 1^{er} décembre des suites de ses blessures.

Raymond Lefrançois.

M. Raymond Lefrançois, caporal au 403^e d'infanterie, élève à l'Ecole dentaire de Paris, blessé le 19 juillet devant Fricourt (Somme) est décédé des suites de ses blessures à l'hôpital temporaire n° 5 à Amiens le 21 juillet.

M. Emile Leroy, caporal au 27^e territorial d'infanterie, beau-frère de notre confrère M. Léhmans, de Laval, a été tué devant Arras le 15 juillet 1915.

Nous adressons aux familles si cruellement éprouvées nos sincères condoléances, l'expression de nos regrets et l'assurance de toute notre sympathie.

NOUVELLES

Légion d'honneur.

Nous avons le plaisir d'apprendre la nomination au grade de chevalier de la Légion d'honneur, pour sa belle conduite, qui lui a valu, après ses blessures, une citation à l'ordre et la croix de guerre, de notre confrère M. de Croës, membre de l'A. G. S. D. F.

Cette nomination, contenue dans le *Journal officiel* du 4 août 1915, est conçue dans les termes suivants:

Sont inscrits aux tableaux spéciaux de la Légion d'honneur les militaires dont les noms suivent:

Pour chevalier.

M. de Croës (L.-H.-J.), capitaine au 56^e régiment territorial d'infanterie; belle conduite au feu au cours des combats du 28 septembre au 30 octobre 1914, au cours desquels il a été atteint de deux blessures graves (Croix de guerre).

Nous adressons à M. de Croës nos très sincères félicitations et nous lui souhaitons bon courage et bonne santé pour pouvoir continuer la campagne jusqu'à la fin.

A l'ordre de la Division.

Nous relevons avec plaisir parmi les citations à l'ordre celle de M. Bonnafous, D.E.D.P., ainsi conçue:

Le Général Commandant la 52^e division cite à l'ordre du jour M. Bonnafous, caporal du groupe de brancardiers N^o 52, pour le fait d'armes suivant:

« Malgré un feu très vif qui venait d'infiger de très grandes pertes à une compagnie du 245^e, a montré un bel exemple d'énergie et de courage en dirigeant sous le feu même la relève et l'évacuation des blessés. »

Général de PÉLACOT.

Nous adressons nos félicitations à notre confrère.

Corps expéditionnaire des Dardanelles.

Nous avons le plaisir d'apprendre que notre confrère M. Loyer, D.E.D.P., membre de l'A. G. S. D. F., vient d'être désigné par dépêche ministérielle comme chirurgien dentiste de l'ambulance chirurgicale flottante à bord du *Charles-Roux* pour le corps expéditionnaire des Dardanelles.

Nous applaudissons à cette nomination et nous adressons nos félicitations à notre confrère.

Renseignements sur les sociétaires, confrères et élèves mobilisés.

Astié, chirurgien-dentiste, hôpital 26, Nevers (Nièvre).

Andréis (L.), infirmier, hôpital temporaire, Bussang (Vosges).

Aveyron, sergent mitrailleur, 252^e d'infanterie, C^{ie} de mitrailleuses, secteur postal 120.

André (Georges), 3^e section territoriale d'infirmiers, hôpital n^o 16 Royallien (service dentaire), place de Compiègne.

Ben-Arnou, tué à l'Hartmans-Willerkopf.

Brientin, 3^e régiment de zouaves de marche, S. H. R., secteur postal 68.

Blanchard (Alfred), infirmier au 164^e d'infanterie, fait prisonnier à la reddition de Longwy (26 août 1914, interné à Konigsbruck, rapatrié le 23 juillet 1915).

Candau (Albert), médecin de la C^{ie} 44, 5^e génie, secteur postal 24.

Cadic, 11^e d'artillerie, 45^e batterie, 82^e division d'infanterie territoriale, secteur 148.

Delaplanche (A.), 22^e section C. O. A., Brétigny (Seine-et-Oise).

Denarie, caporal infirmier, 113^e territorial d'infanterie, 3^e bataillon, 9^e C^{ie}, secteur postal 169.

Dupont, caporal infirmier, 148^e d'infanterie, secteur 132.

Dehillotte (G.), chirurgien-dentiste, train sanitaire T², secteur postal 23.

C. Detroye, infirmier-dentiste, S. H. R., dépôt du 13^e d'infanterie, Nevers (Nièvre).

Frison (Dr), médecin aide-major de 1^{re} classe, ambulance 3/56, secteur 133.

Fié, sergent, 33^e territorial d'infanterie, 17^e C^{ie}, place de Toul, secteur sud.

Gandou (Maurice), 4^e colonial, Hyères (Var).

Gotté, 152^e d'infanterie, 10^e C^{ie}, en traitement à l'hôpital Jeanne-d'Arc, Remiremont (Vosges).

Gatineau (William), sergent, Hôpital 19, Chartres (Eure-et-Loir).

Giraud-Philippe, caporal, 3^e zouaves, 63^e C^{ie}, Rochegude (Drôme),

Guyoton, 151^e d'infanterie, 3^e bataillon, 11^e, C^{ie} secteur postal 35.

Gallay (A.), sergent, infirmier-major, hôpital complémentaire n^o 8, Lycée de garçons, Le Havre (Seine-inférieure).

Gravière, 422, route d'Abbeville, Moutières, près Amiens (Somme).

Gouthière, pharmacien aide-major de 1^{re} classe, réserve du personnel sanitaire, Tr. 32-2, secteur postal 60.

Gauthier, 2^e canonnier servant, fort de Choisel, par Verdun (Meuse),

Lemaire, caporal, 20^e section d'infirmiers, hôpital militaire, Sidi-Bel-Abbès (Algérie).

Lemoine (Jean), chirurgien-dentiste à Bar-le-Duc, prisonnier de guerre en Allemagne.

Lemois (Georges), infirmier, 6^e section, hôpital central, Bar-le-Duc (Meuse).

De Libouton, caporal infirmier, 93^e territorial d'infanterie, 1^{er} bataillon, secteur postal 79.

Lehmans (R.), ambulance 10/3, secteur 111.

Mendelssohn (Emmanuel), 120^e d'infanterie, 31^e C^{ie}, dépôt d'Ancenis (Loire-Inférieure).

Mouton (F.), caporal, 1^{re} ambulance, secteur postal 34.

Marchand (Alexis), 38^e territorial, 15^e C^{ie}, chirurgien-dentiste des hôpitaux de Montargis (Loiret).

Miégeville (du Havre), adjudant instructeur, Ecole militaire préparatoire, Rambouillet (S.-et-O.).

Miégeville, pharmacien, aide-major de 1^{re} classe, chef du service dentaire de la place d'Amiens.

Menet (Lucien), mécanicien-dentiste, caporal, 91^e d'infanterie, 29^e C^{ie}, Nantes (Loire-Inférieure).

Maman, adjudant au 21^e territorial d'infanterie, 15^e C^{ie}, Ursulines, Rouen (Seine-Inférieure).

Nahum, soldat dentiste, service dentaire de la place d'Amiens.

Porclet (Lucien), convois automobiles section T. M. 382, Paris.

Paul Alexandre, 1^{re} section d'infirmiers militaires, dépôt de Magnac-Laval (Haute-Vienne).

Ronal (G.), caporal, 31^e d'infanterie, 1^{er} bataillon, secteur postal 10.

Robin (G.) (Dr), médecin aide-major de 1^{re} classe, ambulance 3/56, secteur 153.

Renoux, 9^e section d'infirmiers, Châteauroux (Indre).

Rogeon, caporal, groupe de brancardiers, secteur postal 66.

Schulzé (Edouard), 208^e d'infanterie, 20^e C^{ie}, secteur 134.

Sauge, infirmier colonial, 1^{re} section, hôpital central (Bar-le-Duc (Meuse)).

Séron (Emile), lieutenant au 316^e d'infanterie, prisonnier de guerre à Torgau-sur-l'Elbe.

Ségal, 355^e régiment d'infanterie, secteur 133.

Vérité (B.), canonnier à la section de parc du 61^e d'artillerie, place de Verdun.

L'ODONTOLOGIE

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

LES SERVICES DENTAIRES DE L'ARMÉE ET LES CHIRURGIENS-DENTISTES

Depuis plusieurs années et notamment lors de la discussion de la loi de 3 ans, l'Ecole dentaire de Paris, l'Association générale syndicale des dentistes de France et la Fédération dentaire nationale, ont entrepris auprès des pouvoirs publics des démarches répétées, dont nous avons entretenu nos lecteurs, pour obtenir la création de services dentaires dans l'armée et l'amélioration de la situation militaire des chirurgiens-dentistes, sans aboutir à de grands résultats.

Nous nous étions heurtés même à une telle hostilité qu'on avait répondu, au service de santé, à une de nos pétitions, en mai 1913, lors de la discussion de la loi de 3 ans, qu'« en cas de guerre le dentiste ne serait que gêne et embarras¹ ».

La guerre a éclaté. Aussitôt l'Ecole dentaire de Paris a constitué un Comité de secours aux blessés des maxillaires et de la face pour apporter son concours au traitement des blessés et montrer le rôle important du dentiste dans la chirurgie de guerre. En même temps le Groupement de l'Ecole dentaire de Paris recommençait ses démarches avec la F. D. N. (Pétition du 30 octobre 1914²). Un premier résultat a été obtenu : une décision ministérielle du 15 octobre 1914 autorisant le versement éventuel des chirurgiens-dentistes dans les

1. V. *Odon'tologie* du 15 août 1913, p. 127.

2. *Ibid.*, n^o du 30 décembre 1914, p. 111.

sections d'infirmiers militaires, sur leur demande¹.

Puis vient, le 10 novembre, la création par le Service de santé de la Guerre de centres de stomatologie, de prothèse maxillo-faciale et de restauration de la face à Paris, Lyon, Bordeaux².

Les démarches sont continuées.

Le 21 décembre une circulaire ministérielle décide l'affectation à chaque hôpital d'évacuation d'un dentiste prothésiste recruté dans les formations sanitaires et les corps de troupe où sont incorporés des chirurgiens-dentistes ou des étudiants en chirurgie dentaire munis d'un nombre suffisant d'inscriptions³.

L'Ecole dentaire de Paris, qui, au début de la guerre, avait mis son Dispensaire militaire à la disposition de l'armée pour les soins de chirurgie et de prothèse dentaires à donner aux militaires stationnés ou en traitement dans la zone du camp retranché de Paris, crée, au mois de janvier 1915, un service spécial pour le traitement des inaptes à faire campagne pour insuffisance dentaire.

Le 10 mars M. le sénateur Paul Strauss, présent à la Commission supérieure consultative du service de santé un rapport relatif à l'organisation des services dentaires militaires, en préconisant l'utilisation intensive des dispensaires et laboratoires des écoles dentaires⁴.

Par lettre du 14 avril le Ministre de la Guerre accepte la coopération de l'Ecole dentaire de Paris pour les soins à donner aux militaires et, par lettre du 10 mai, celle de son Comité de secours pour les blessés des maxillaires et de la face, qui lui avait présenté, le 29 avril, un rapport à ce sujet⁵.

Le 23 avril, le Comité de secours aux blessés recevait la visite de deux Ministres, MM. Jules Guesde, ministre

1. V. Odontologie du 30 décembre 1914, p. 111.

2. V. Odontologie du 28 février 1915, p. 39.

3. V. Odontologie du 28 février 1915, p. 40.

4. V. Odontologie du 30 mars 1915 p. 49.

5. V. Odontologie du 30 mai 1915, p. 113.

sans portefeuille et Marcel Sembat, ministre des Travaux publics, qui venaient apporter leurs félicitations et leurs encouragements à l'œuvre entreprise par l'Ecole dentaire.

Le 1^{er} mai l'Ecole dentaire de Paris adresse à M. le sénateur Strauss au sujet des inaptes à faire campagne pour insuffisance de mastication un rapport spécial¹.

Des résultats sont déjà obtenus, on le voit, et c'est surtout à l'action du Groupement de l'Ecole dentaire de Paris et de la Fédération dentaire nationale qu'ils sont dus; mais cette action ne s'arrête pas là et s'exerce avec plus d'énergie à la suite de la nomination d'un sous-secrétaire d'Etat du Service de santé, l'honorable M. Justin Godart.

Entre temps de nouveaux centres de stomatologie et de prothèse maxillo-faciale sont créés et l'Ecole dentaire de Paris est chargée le 11 juin d'assurer le service d'une ambulance de deux cents lits pour les mutilés de la face, des maxillaires et des dents créée à l'hôpital de convalescents du Lycée Michelet à Vanves, service qui fonctionne avec le personnel et le matériel prêté par l'Ecole.

Le 31 juillet est inaugurée, par le sous-secrétaire d'Etat, la première ambulance automobile dentaire militaire, proposée dans le projet de M. le sénateur Paul Strauss².

Le même jour paraît une circulaire de M. Justin Godart relative à la fourniture d'appareils prothétiques aux édentés³.

Le 25 août, le sous-secrétaire d'Etat du Service de santé visite notre ambulance maxillo dentaire de l'hôpital du Lycée Michelet, il y est reçu par le Directeur adjoint de l'Ecole dentaire de Paris; qui, en tant que président de la F. D. N., attire son attention sur la situation militaire des chirurgiens-dentistes, dont il sollicite l'amélioration, et demande qu'ils aient une si-

1. V. plus loin, page 203.

2. V. Odontologie du 30 août 1915, p. 177.

3. V. plus loin, p. 205.

tuation officielle hiérarchisée dans le Service de santé. Le sous-secrétaire d'Etat déclare s'être déjà occupé de la question.

Le 31 août le sous-secrétaire d'Etat du Service de santé convoque¹ dans son cabinet la Direction de l'Ecole dentaire de Paris, qui, comme on le verra plus loin, lui expose à nouveau les desiderata de la profession au sujet des services dentaires de l'armée et des chirurgiens-dentistes militaires. Le sous-secrétaire d'Etat demande qu'il lui soit remis un rapport à cet égard.

Ce rapport, très précis et très complet, rédigé et présenté par l'Ecole dentaire de Paris et l'Association générale syndicale des dentistes de France, avec approbation de la F. D. N., est remis à M. Justin Godart le jeudi 9 septembre.

Le lundi 13 septembre M. Justin Godart vient visiter à l'Ecole dentaire de Paris le Comité de secours aux blessés et le Dispensaire militaire et apporter ses remerciements aux organisateurs, aux administrateurs, et au personnel. L'occasion est mise à profit pour l'entretenir des desiderata des chirurgiens-dentistes au point de vue militaire. M. Godart assure qu'il donne à cette question toute son attention et qu'une solution satisfaisante pour la profession est sur le point d'intervenir. Il ajoute qu'il a pris connaissance du rapport qui lui a été remis et que son opinion est faite sur la matière, et en témoignage de l'intérêt qu'il porte à notre œuvre, il accepte de faire partie du Comité de patronage de l'Ecole.

* * *

Ce rapide historique permet de juger de l'importance de l'action exercée par notre Groupement professionnel pour faire attribuer au chirurgien-dentiste la place

1. Sur l'indication du Secrétaire général de l'Ecole dentaire de Paris, il convoque également le président de la Fédération dentaire nationale et celui du Groupement fédéral des syndicats dentaires.

légitime qui lui est due dans l'organisation du Service de santé militaire. En même temps par son Comité de secours et par son Dispensaire militaire notre Groupe-ment démontrait de façon tangible l'importance des services que peut et doit rendre le dentiste à l'armée.

En terminant cet exposé nous tenons d'abord à remercier M. le sénateur P. Strauss, qui n'a cessé de nous donner son appui dans toutes nos démarches près des pouvoirs publics, intervenant personnellement chaque fois que cela lui a paru nécessaire. On sait que depuis longtemps déjà il a droit à la reconnaissance de l'Ecole dentaire de Paris et des chirurgiens-dentistes et on a pu voir, dans le cours de ce récit, qu'il s'est acquis de nouveaux titres à leur gratitude.

Nous tenons également à signaler à la profession les éminents services rendus à la cause que nous défendons par notre distingué et dévoué frère M. Frey, qui, en sa qualité de chef du Service central de stomatologie et de prothèse maxillo-faciale du Val-de-Grâce, a contribué puissamment à la réalisation des améliorations et des réformes que nous venons d'exposer. Il a droit, lui aussi, à la gratitude des chirurgiens-dentistes.

Nous publions ci-après divers documents qui, venant s'ajouter à ceux que nous avons déjà publiés, préciseront à nos confrères, dans leurs détails, la plupart des faits que nous venons de relater, dans le but de leur montrer le souci que le Groupe-ment de l'Ecole dentaire de Paris et la Fédération dentaire nationale ont eu, depuis le début des hostilités, d'obtenir une modification du sort qui est fait aux chirurgiens-dentistes mobilisés. Nous avons les meilleures raisons de croire que les démarches aboutiront cette fois, mais nous tenons à les assurer, en tout cas, que nous ne les cesserons que quand nous aurons obtenu gain de cause et complète satisfaction à cet égard.

LA RÉDACTION.

Visite du sous-secrétaire d'État du Service de santé
à l'hôpital du Lycée Michelet.

M. Justin Godart, sous-secrétaire d'Etat du Service de santé, s'est rendu mercredi 25 août, à 5 heures de l'après-midi, à l'hôpital de convalescents du Lycée Michelet, à Vanves, pour en visiter l'installation et particulièrement le service de prothèse maxillo-dentaire qui y a été organisé par l'Ecole dentaire de Paris.

Il a été reçu dans ce dernier par M. Blatter, directeur-adjoint de l'Ecole dentaire de Paris, qui lui a fait visiter les locaux des services en lui expliquant leur fonctionnement et leur répartition : services des blessés des maxillaires et de la face, de prothèse, de chirurgie dentaire et de dentisterie opératoire. M. Blatter lui a présenté ensuite les malades de ces divers services. Le sous-secrétaire d'Etat a prêté une attention particulière à tous les cas. Notre confrère a fait ressortir que cette organisation, placée sous la direction du médecin-major Frey, dont il signale les efforts persévérants, fonctionne grâce au concours des deux créations de l'Ecole dentaire de Paris : le Comité de secours aux blessés des maxillaires et de la face et le Dispensaire militaire, le personnel de ces deux services se rendant régulièrement au Lycée Michelet pour les soins et traitements. Il lui a fait observer également que le matériel dentaire fixe qui sert au fonctionnement a été fourni gratuitement par l'Ecole dentaire de Paris.

Il a exposé le concours important que donne l'Ecole dentaire à l'armée par l'organisation qu'elle a créée dans ses locaux au sujet des inaptes et des blessés des maxillaires dès le début de la guerre.

M. Justin Godart a été très impressionné par le fonctionnement de ce service et a chargé M. Blatter de transmettre à tous les collaborateurs de l'Ecole dentaire de Paris, ses chaleureux remerciements et l'expression de sa reconnaissance. De plus, il a reconnu que le rôle des dentistes était d'une importance capitale et qu'il appréciait les éminents services qu'ils rendent.

M. Blatter a profité de cette occasion pour attirer, en tant que président de la Fédération dentaire nationale, la bienveillante attention du sous-secrétaire d'Etat sur la situation militaire des chirurgiens-dentistes, ajoutant qu'il lui semblait de toute équité que cette profession fut hiérarchisée comme celle des médecins, des pharmaciens et des vétérinaires, et comme elle l'est dans plusieurs armées étrangères, notamment l'armée britannique, celle des Etats-Unis d'Amérique et l'armée allemande.

Le sous-secrétaire d'Etat a reconnu le bien fondé de ces desiderata et a déclaré s'être déjà occupé de la question et s'en occuper encore et lui a demandé un rapport à ce sujet afin de pou-

voir donner satisfaction aux revendications légitimes des dentistes.

M. Roulin, médecin chef de l'hôpital de convalescents du Lycée Michelet, dont l'amabilité égale la bienveillance et la courtoisie, et qui s'efforce de faciliter la tâche du personnel dentaire, a également insisté auprès du sous-secrétaire d'Etat afin d'obtenir un grade dans l'armée pour les chirurgiens-dentistes. Nous le prions d'agrérer l'expression de notre vive gratitude.

Ajoutons, en terminant, que M. Blatter a invité le sous-secrétaire d'Etat à venir visiter les installations que l'Ecole dentaire de Paris consacre, rue de la Tour-d'Auvergne, au traitement et aux soins dentaires des militaires, dans son Comité de secours aux blessés des maxillaires et de la face et dans son Dispensaire militaire. M. Godart a accepté de se rendre à l'invitation.

Audience du sous-secrétaire d'Etat du Service de santé.

Le sous-secrétaire d'Etat du Service de santé, M. Justin Godart, a convoqué le mardi 31 août, à 6 heures du soir, à son cabinet au ministère de la Guerre, le Directeur et le bureau de l'Ecole dentaire de Paris, MM. Godon, d'Argent, G. Villain et le président de la Fédération dentaire nationale, M. Blatter.

Il leur a dit qu'à la suite des paroles qui lui avaient été adressées au lycée Michelet par le président de la F. D. N. sur la situation militaire des chirurgiens-dentistes il était désireux de s'entretenir avec eux de cette situation.

M. Godon a exposé à M. Godart qu'en l'absence à peu près complète de services dentaires à l'armée, l'Ecole dentaire avait, dès le début de la guerre, créé un Comité de secours aux blessés de la face et un Dispensaire dentaire militaire dont il a rappelé les services. Il a également attiré l'attention de M. Godart sur le service des inaptes et a demandé une situation officielle des chirurgiens-dentistes dans le Service de santé de l'armée.

M. G. Villain a développé le fonctionnement de ces organisations et les conséquences importantes pouvant en découler pour la défense nationale en rendant au service armé de nombreux hommes déclarés inaptes pour insuffisance de denture, d'où résulte une grande économie pour l'Etat.

M. d'Argent a remis au sous-secrétaire d'Etat les rapports mensuels du Comité de secours et du Dispensaire militaire de l'Ecole, dont les chiffres éloquents témoignent des services rendus.

M. Godon a demandé la création d'un grade pour les dentistes comme dans les armées étrangères. M. Blatter, président de la F. D. N., a appuyé cette demande au point de vue de l'intérêt général de la profession.

M. Godart a manifesté le désir d'avoir un rapport très détaillé sur l'ensemble de ces revendications et de ce qui a été fait à l'Ecole dentaire de Paris.

M. Godon l'a invité à venir visiter cette institution.

M. Godart a accepté l'invitation pour le lundi 13 septembre à 10 h. 1/2 du matin et a exprimé ses remerciements et sa reconnaissance pour les services rendus par l'Ecole et son Comité de secours.

M. Justin Godart à l'Ecole dentaire de Paris.

Le sous-secrétaire d'Etat du Service de santé a visité leundi 13 septembre, à 10 heures du matin, l'Ecole dentaire de Paris. Il tenait à se rendre compte par lui-même du fonctionnement de deux œuvres d'initiative privée créées par l'Ecole, l'une dès le début des hostilités, l'autre en janvier dernier.

Ces deux œuvres, le *Comité de secours aux blessés des maxillaires et de la face*, et le *Dispensaire dentaire militaire*, se consacrent, la première, à la restauration prothétique des pertes de substances de la face et au traitement des fractures des mâchoires, aussi nombreuses avec la guerre de tranchées actuelle¹, et, la seconde, aux soins dentaires nécessaires aussi bien aux blessés ou malades en traitement dans les hôpitaux qu'aux militaires valides du camp retranché de Paris².

M. Justin Godart a pu juger ainsi *de visu* du rôle important que le dentiste joue comme collaborateur du Service de santé et de l'utilité de son intervention, rôle qui avait été méconnu jusque là et intervention qui est de plus en plus fréquente, pour ne pas dire constante, et que le caractère donné à la guerre par nos ennemis a rendue indispensable.

Il a parcouru les diverses salles réservées à la clinique de chirurgie dentaire, à la dentisterie opératoire, au traitement des plaies de la face et des maxillaires, au traitement prothétique des inaptes, qui permet de faire rentrer dans le rang et de compter à nouveau, parmi les combattants des hommes tenus éloignés du service armé par le mauvais état de leur denture.

Le nombre des soldats mobilisables, mais inaptes cependant à faire campagne pour la seule raison qu'ils ont une denture insuffisante est, en effet, considérable. Sans parler de la réserve de l'armée territoriale, qui n'est pas appelée en principe à faire

1. Le Comité de secours a soigné depuis le début de la guerre 689 blessés, sur lesquels il a fait 1485 interventions de stomatologie ; il a posé 403 appareils chirurgicaux et de restauration.

2. Le Dispensaire militaire a soigné depuis le début de la guerre 2465 militaires, sur lesquels il a fait 21.954 interventions ; il a posé 1394 appareils.

campagne, on a calculé que le nombre des inaptes de cette seule catégorie peut être évalué à soixante mille. Si on généralisait l'initiative de l'Ecole dentaire de Paris d'appliquer un appareil spécial à tous ceux qui ne possèdent guère plus que de vieilles racines, on pourrait retrouver, en deux ou trois mois, plusieurs corps d'armée d'hommes actuellement incapables de faire campagne parce qu'ils ne peuvent pas digérer.

On voit que cette question offre un grand intérêt pour la défense nationale.

M. Godart a terminé sa visite par les laboratoires de prothèse.

Reçu et accompagné dans sa visite par le Directeur de l'Ecole dentaire de Paris, M. Godon, et les membres du Bureau, MM. d'Argent et Roy, vice-présidents, Blatter, directeur adjoint et G. Villain, secrétaire général, le sous-secrétaire d'Etat a été très impressionné par l'organisation de l'institution, son installation matérielle et le travail considérable qu'elle fournit, ainsi que par sa précieuse collaboration à l'hôpital de convalescents du Lycée Michelet, qu'il avait déjà constatée et où elle assure le service dentaire d'une ambulance de 200 lits réservés aux mutilés de la face et des maxillaires.

Il a fait remarquer que la reconnaissance officielle et l'acceptation par le ministre de la Guerre de la coopération de l'Ecole dentaire de Paris à la tâche du Service de santé étaient la récompense légitime des efforts de l'institution et des grands services qu'elle rend.

M. Godon a indiqué au sous-secrétaire d'Etat que, dans la visite qu'il venait de faire, il avait eu, d'après l'ordre suivi, une vue en raccourci des services dentaires dont l'organisation lui a été demandée dans le rapport qui lui a été remis au nom de nos Sociétés et que les professionnels n'ont cessé de préconiser dans leurs congrès nationaux et dans les réunions de la Fédération dentaire internationale depuis quinze ans, fonctionne maintenant à l'étranger, notamment en Angleterre, aux Etats-Unis et en Allemagne.

M. Godon a appelé l'attention de M. Justin Godart sur la situation militaire des chirurgiens-dentistes, qui n'est pas en rapport avec les études qu'ils ont faites, les services qu'ils rendent, ceux, plus grands encore, qu'ils pourraient rendre et la place qu'ils occupent dans la grande famille médicale. Il a demandé une amélioration de cette situation par une réglementation précise et une hiérarchie spéciale.

Le sous-secrétaire d'Etat a promis d'étudier la question, s'est retiré très satisfait de sa visite, en remerciant la Direction de son concours et en la félicitant des résultats obtenus. Il a, en signant

le registre des visiteurs, déclaré accepter avec plaisir de faire partie du Comité de patronage.

MM. le médecin-major de 1^{re} classe Roulin, médecin-chef de l'hôpital de convalescents du Lycée Michelet, le médecin-major de 2^e classe Frey, chef du Service de stomatologie et de prothèse maxillo-faciale du Val-de-Grâce, M. Barden et le Dr Maréchal, maire du 8^e arrondissement, étaient présents à cette visite.

Le directeur de l'Ecole, en le remerciant de sa visite, a appelé l'attention du sous-secrétaire d'Etat sur le dévouement enthousiaste et désintéressé de tous les collaborateurs de l'œuvre. Il lui a signalé l'important concours prêté pour l'organisation du service dentaire de Michelet par le médecin en chef le Dr Roulin, ainsi que les efforts et l'activité déployés par M. le médecin-major Frey, sous l'heureuse direction de qui se trouvent les services de stomatologie et de prothèse du camp retranché de Paris.

Visite de journalistes étrangers à l'Ecole dentaire de Paris.

La délégation de dix journalistes étrangers présente à Paris actuellement et qui visite les formations sanitaires est venue le mercredi 22 septembre à 10 heures du matin, accompagnée de MM. les Drs Monod et Locard, attachés au cabinet du sous-secrétaire d'Etat du Service de santé et délégués par ce dernier, voir le fonctionnement de l'Ecole dentaire de Paris.

Cette délégation comprenait MM. Grunay, du *New-York Sun*; Georges Batault, de la *Gazette de Lausanne*; A. J. de Marguerie; J. Billingsley, de New-York; Edward Leyba; Herbert Corey; Alfonso Luis Betman; D. O. May; V. Agafont et Mme J. Agafont, de Petrograd.

Elle a été reçue par la Direction de l'Ecole et ses collaborateurs du *Comité de secours aux blessés des maxillaires et de la face et du Dispensaire militaire*.

Le Directeur, M. Godon, lui a souhaité la bienvenue, lui a exposé l'historique de l'Ecole, le rôle qu'elle joue dans la vie civile et sa participation importante au soulagement des blessés et au soulagement dentaire des valides et des inaptes.

La délégation a parcouru les divers services, les laboratoires, le musée et a été vivement intéressée par l'ensemble et par le travail considérable que fournit l'Ecole dans son œuvre d'assistance, d'humanité et de patriotisme.

Ce qui souligne particulièrement l'importance de cette visite, c'est que la délégation ne disposait que de 48 heures pour examiner les formations sanitaires du camp retranché de Paris et que, malgré ce court délai, le Ministre a tenu à l'y envoyer

pour qu'elle se rende compte du fonctionnement de nos services.

La visite a pris fin à midi.

Visites à l'Ecole dentaire de Paris.

Le Comité de secours et le Dispensaire militaire de l'Ecole dentaire de Paris ont reçu, le 21 août, la visite d'une délégation de la *British Dental Association* conduite par le secrétaire de cette Société, M. F. J. Pearce, et son trésorier, M. Montagu Hopson. La délégation a été reçue par MM. Roy et G. Villain, qui lui ont fait visiter leurs services respectifs et auxquels elle a exprimé son admiration pour les remarquables résultats obtenus dans le traitement des mutilés de la face et des maxillaires et des inaptes dentaires.

Les délégués ont remis à M. Roy un diplôme de membre d'honneur de la *British Dental Association*.

Le 14 août, M. le professeur Cavalié, de Bordeaux, qui a fait à l'Académie de Médecine une communication sur les travaux du service de prothèse maxillo faciale qu'il dirige à Bordeaux, était venu avec plusieurs de ses collaborateurs visiter ces services et ils ont adressé leurs vives félicitations aux membres du Comité de secours pour les divers travaux de prothèse restauratrice exécutés au Comité.

FOURNITURE D'APPAREILS PROTHÉTIQUES AUX INAPTES

Le rapport suivant a été adressé le 1^{er} mai dernier par l'Ecole dentaire de Paris à M. le sénateur Paul Strauss, qui l'a communiqué aux Services compétents.

Rapport au sujet des inaptes à faire campagne pour insuffisance de surface de mastication.

L'insuffisance absolue de mastication par perte totale, ou presque totale des dents, ou par absence d'antagonisme dentaire, fait classer un nombre assez considérable d'hommes parmi les inaptes ; certains sont même versés dans le service auxiliaire ou réformés.

Etant donnée l'alimentation spéciale, surtout carnée, que les circonstances rendent obligatoire en campagne, l'homme a essentiellement besoin de dents pour assimiler les aliments qui lui sont distribués sans risques d'infection gastro-intestinale.

Pour ces mêmes raisons, des militaires souffrant de gastro-entérites sont journallement évacués du front ; leur nombre va grandissant.

Des hommes ont été évacués du front et renvoyés sur l'arrière pour troubles pathologiques d'origine dentaire, ils ont été éloignés de leur poste pendant des semaines ; un dentiste à l'ambulance division-

naire eût obtenu la guérison absolue de ces hommes en quelques heures. On a remédié en partie à cette situation.

La question des édentés ou des soldats, qu'un état buccal particulièrement défectueux rend inaptes, n'a pas été officiellement abordée ; les soins dentaires complets, l'application d'un dentier nécessitent un outillage spécial qui oblige à une centralisation, comme l'a compris et pratiqué l'Ecole dentaire de Paris, en constituant son Dispensaire militaire dès l'ouverture des hostilités, comme elle l'avait compris pour les blessés et les mutilés de la face et des maxillaires, qui bénéficièrent de sa généreuse et perspicace initiative, dès le début de la guerre, grâce à son service spécial (Comité de secours aux blessés des maxillaires et de la face) qui fut organisé le 5 août.

Ces inaptes peuvent être rendus aptes par une mise en état complète de la bouche et l'application d'un dentier (appareil de mastication) dans un délai très court (5 à 15 jours suivant l'état de la bouche). Afin de réduire le délai nécessaire à la mise en état de la bouche, toutes les racines présentant des abcès doivent être extraites.

Ainsi, en un mois (du 27 mars au 26 avril), un des services du *Centre de spécialités* qu'est l'Ecole dentaire de Paris a pu fournir plus de 100 appareils de mastication, dont 76 pour 38 inaptes, et ce résultat fut obtenu avec un personnel extrêmement restreint : un chirurgien-dentiste prothésiste et un mécanicien. En un mois 30 chirurgiens-dentistes aidés de 30 mécaniciens peuvent rendre aptes à la défense effective et immédiate du pays 3000 inaptes, c'est-à-dire l'effectif d'un régiment.

En cas d'accident à un appareil de mastication, celui-ci est réparable, sans que l'homme quitte son poste, l'appareil pouvant être renvoyé pour réparation, au laboratoire où il a été confectionné et où les moussages ont été conservés. La réparation demande quelques heures (un jour au maximum) ; avec les délais d'envoi et de réexpédition l'homme ne serait privé d'une mastication suffisante que 4 à 5 jours, laps de temps trop court pour entraîner des troubles digestifs sérieux.

Réponse aux objections qui sont faites à la prothèse dentaire dans l'armée.

1^o On peut objecter que ces militaires vivaient dans le civil sans dents. Cela est exact, mais ils se nourrissaient alors d'une manière adéquate à leur capacité masticatoire ; au front, loin du cantonnement, ils ne peuvent trouver ni le temps, ni les moyens, ni les facilités nécessaires à la préparation d'une alimentation spéciale (aliments peu solides : œufs, légumes, viandes très cuites, etc.).

Dans les dépôts, les ressources pécuniaires dont dispose un militaire sont trop souvent insuffisantes pour lui permettre de s'alimenter spécialement comme il le faisait aux cantines les premières semaines qui suivirent la mobilisation, les ressources dont il disposait alors étant épuisées.

Les hommes présentant une insuffisance de surface de mastication se nourrissent aux armées de pain trempé dans du café ! régime débilitant auquel ils ne peuvent se soumettre que pendant un laps de temps relativement court.

2^e On a objecté enfin qu'il suffirait à un homme de prétendre ne pas avoir d'appareil ou d'avoir perdu, ou d'avoir fracturé celui qu'il portait pour être immobilisé. A) La livraison des appareils doit être portée au livret militaire individuel. B) Un appareil fourni ne peut être considéré comme perdu (sauf cas particulier exceptionnel) ; le militaire, s'il prétend l'avoir brisé, doit en donner les fragments. Ces fragments peuvent être renvoyés pour réparation, laquelle peut être effectuée sans que l'homme se dérange, soit à l'ambulance divisionnaire, soit en l'expédiant au laboratoire qui l'a exécuté, dans un délai maximum de 5 jours. L'homme devra justifier de son dentier comme de tous ses effets d'équipement.

On pourrait croire que seuls des territoriaux ou des R. A. T., peu susceptibles de faire campagne, sont totalement ou presque totalement édentés ; l'expérience révèle qu'il en est ainsi pour un nombre très considérable de réservistes de l'armée active, puisque la moyenne d'âge des militaires auxquels les dentiers confectionnés au Dispensaire militaire ont été fournis, ressort à 31 ans.

*Le Secrétaire général,
G. V.*

Paris, le 1^{er} mai 1915.

Les rapports dont nous parlons d'autre part et celui qui précède ont été communiqués à M. le sous-secrétaire d'Etat du Service de santé et ont amené M. Justin Godart à prendre la décision suivante qui, on le verra, s'est inspiré du rapport ci-dessus, ainsi que de nos rapports mensuels au chef du service central de prothèse du Val-de-Grâce, dont elle a reproduit presque textuellement les dispositions. Nous sommes heureux de ce résultat si précieux pour la défense nationale et l'amélioration de la santé publique, dû aux efforts de notre groupement qui avait su, en outre, avant la lettre, d'montrer par son dispensaire militaire l'importance de cette question jusqu'alors inconnue.

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

MINISTÈRE DE LA GUERRE

Sous-secrétariat d'Etat (service de santé), 7^e Direction, Cabinet du Directeur

Fourniture d'appareils prothétiques aux édentés.

27-179 C/7

Paris le 31 juillet 1915.

*Le Sous-Secrétaire d'Etat de la Guerre,
à Monsieur le Directeur du Service de santé du...*

Un assez grand nombre de militaires édentés par suite de carence dentaire étendue sont reconnus inaptes au service armé et versés dans le service auxiliaire, ou hospitalisés à la suite de

troubles gastro-entéritiques dûs à une mauvaise mastication.

Dans le but de remédier à cette situation, qui prive l'armée d'un certain nombre de militaires aptes d'autre part à supporter les fatigues de la guerre, j'ai décidé que l'attribution d'appareils prothétiques pourrait être consentie à ces hommes dans certains cas et sous certaines réserves.

Les militaires reconnus inaptes au service armé en raison d'une mauvaise denture, mais réunissant d'autre part les conditions d'aptitude physique requise, pourront être l'objet d'une proposition d'allocation de dentiers par les Commissions de réforme et les Directeurs régionaux du Service de santé s'ils sont susceptibles d'être appareillés rapidement et d'être versés dans le rang dans les 15 ou 20 jours.

Pour obtenir ce résultat, il conviendra de ne procéder d'ailleurs qu'à l'extraction des dents ou des racines mobiles.

Si les dentistes devaient procéder, au contraire, à l'extraction de tout ce qui est défectueux dans la bouche des hommes inaptes, deux ou trois mois s'écouleraient au moins avant que la cicatrisation ne permette l'application d'un appareil de prothèse, ce qui irait à l'encontre des prescriptions qui précédent.

Pour éviter les abus, les pertes ou bris volontaires des appareils les mesures suivantes devront êtreprises :

1. — L'appareil délivré sera inscrit sur le livret individuel de l'homme avec le cachet de l'atelier qui l'a fourni : sa perte pourra entraîner, en cas de négligence ou de malveillance, des sanctions disciplinaires.

2. — En cas de fracture de l'appareil, les fragments devront être rapportés au médecin-chef du régiment. Celui-ci les fera parvenir par la poste à l'atelier fournisseur où les moules seront conservés. Les réparations faites, l'appareil sera retourné par la même voie.

Les dépenses engagées de ce fait devront faire l'objet, pour chaque centre de prothèse, d'un tarif qui sera soumis à l'Administration centrale. Dans tous les cas, les propositions de dentiers devront être adressées au directeur du Service de santé régional, qui aura qualité pour prononcer l'attribution d'appareils de prothèse dont le prix n'excèdera pas 30 francs.

Afin d'éviter l'encombrement des service de prothèse résultant des délais nécessaires à la cicatrisation des plaies et à l'affermissement des gencives, les édentés seront, après l'extraction des racines, pris en subsistance dans les corps de troupe voisins et, s'il y a lieu, admis à l'infirmérie régimentaire, au régime spécial. Après application des appareils de prothèse et établissement du certificat de convenance, les militaires appareillés seront renvoyés à leur dépôt.

Vous voudrez bien m'adresser toutes propositions utiles pour l'aménagement d'un des cabinets dentaires de votre région en service de prothèse.

Signé : JUSTIN GODART.

LA LOI DALBIEZ ET SON APPLICATION

Nous extrayons des instructions officielles relatives à l'application de la loi Dalbiez le passage suivant qui intéresse les chirurgiens-dentistes.

Situation des auxiliaires aptes au service armé.

Les réformés et hommes du service auxiliaire dans leurs foyers qui seront reconnus aptes *au service armé* par les commissions spéciales de réforme seront appelés immédiatement à l'activité, si la classe à laquelle ils appartiennent est mobilisée.

Les anciens réformés, ainsi que les hommes provenant du service auxiliaire et ayant servi antérieurement, seront affectés, s'ils sont passés au service armé, à leur arme ou service d'origine.

Toutefois, les hommes ayant servi dans les sections, ainsi que les hommes n'ayant jamais servi seront affectés à l'infanterie, à l'exception des boulanger de la R. A. T., qui seront tous affectés aux sections de commissions et ouvriers militaires d'administration et des anciens élèves ecclésiastiques, régis par la loi du 15 juillet 1889, qui seront affectés aux sections d'infirmiers. Les étudiants en médecine et en pharmacie et les chirurgiens-dentistes¹ seront également affectés aux sections d'infirmiers ; les élèves des grandes écoles seront désignés pour les armes où ils étaient précédemment incorporés.

Les réformés et les hommes du service auxiliaire versés ou maintenus dans le service auxiliaire seront appelés immédiatement à l'activité, si les hommes de leur classe et de leur spécialité sont déjà mobilisés. Ils seront répartis entre les corps et services de leur région.

LE SERVICE DENTAIRE AUX ARMÉES, A LA CHAMBRE DES DÉPUTÉS

Dans la séance du vendredi 20 août 1915 de la Chambre des députés, lors de la discussion du projet de loi portant ouverture de crédits pour deux sous-secrétariats d'Etat de la Guerre, M. Georges Boussenot a prononcé les paroles suivantes :

1. Il est regrettable que les chirurgiens-dentistes soient mis sur le même rang que les étudiants en médecine et en pharmacie.

« Un autre service est nécessaire, surtout pendant que les armées sont en stationnement, c'est le service dentaire. Vous avez pris, à la date du 21 décembre 1914, une circulaire pour dire que dans chaque grande unité il y aurait un dentiste. Ces dentistes, il faut les multiplier, mais il faut éviter de confondre les dentistes avec les mécaniciens-dentistes. Le mécanicien-dentiste n'est pas susceptible de soigner les dents, il prépare des appareils de prothèse, mais il est incompétent pour soigner la bouche.

Eh bien! les mécaniciens ont été utilisés comme dentistes. Je n'ai pas besoin d'ajouter que les services ainsi rendus ont été pitoyables.

J'ajoute que là-bas dans la zone des armées nos soldats ont toujours été admirablement traités par des organisations charitables de l'arrière qui leur ont envoyé tout ce qui leur était nécessaire..... »

(*Journal officiel* du 21 août 1915.)

Réponse du ministre de la Guerre à une question écrite de M. Briquet, député.

3807. M. Raoul Briquet, député, demande à M. le ministre de la Guerre d'organiser des services de stomatologie dans la zone des armées.

Réponse.

L'organisation des services de stomatologie aux armées a été réalisée conformément aux prescriptions de la circulaire n° 18838 C/7 du 21 décembre 1914, qui affecte un dentiste prothésiste à chaque hôpital d'évacuation, pour l'application des pansements spéciaux et des appareils provisoires de contention, destinés aux blessés atteints de mutilation de la face et des mâchoires.

Cette circulaire prévoit¹ également pour le service de l'avant, l'utilisation de dentistes qualifiés pour assurer aux militaires de la zone des armées les soins nécessités par des affections dentaires.

(*Journal officiel* du 18 août 1915, p. 5785).

**LE SERVICE DENTAIRE AUX ARMÉES,
DANS LA PRESSE**

M. Maginot, ancien sous-secrétaire d'Etat à la Guerre, a publié dans le *Journal* du 17 août 1915 un article intitulé: *Il faut décentraliser le Service de santé*, auquel nous empruntons le passage suivant:

« *C'est au Service de santé qu'il incombe de fournir les antiseptiques* »

1. La circulaire le prévoit, mais n'en assure pas l'application; aussi est-elle lettre morte presque partout.

tiques, la gaze, les boîtes à pansements, les autoclaves, les instruments et appareils de chirurgie dont toute formation a besoin, ce n'est pas à des particuliers à le faire, Que les particuliers aident l'Etat, on n'y peut qu'applaudir; qu'ils se substituent à lui, c'est inadmissible. »

M. Maginot a grandement raison : il est inadmissible que la plupart des praticiens dentistes qui assurent le service dentaire aux armées soient obligés de fournir leurs propres instruments, faute d'autres.

* *

On lit d'autre part dans le *Petit Journal* du 20 août 1915 :

Pour les dentistes.

Un jeune dentiste que j'ai connu naguère dans le civil me signale ce fait qu'un grand nombre de gens de sa profession sont mobilisés en qualité de simples troupiers de seconde classe, alors que les ambulances du front et les hôpitaux sont souvent dépourvus de chirurgiens-dentistes habiles.

Or, en aucun temps, les soins du dentiste ne furent plus nécessaires aux armées. Les blessures à la face sont très fréquentes. On ne saurait, d'ailleurs, faire grief au Service de santé de ne point s'en être préoccupé. Toutes les formations sanitaires, en effet, ont été pourvues, dès le début de la guerre, d'un matériel spécial de stomatologie. Par malheur ce précieux outillage reste trop souvent inutile, faute de spécialistes pour s'en servir.

« Je vous en prie, m'écrit mon correspondant, signalez cette lacune à la bienveillante attention de M. le sous-secrétaire d'Etat au Service de Santé. Il ne s'agit pas seulement pour nous, chirurgiens-dentistes, d'être mieux employés; il s'agit surtout de l'intérêt des blessés. Seul un dentiste professionnel expérimenté est capable de soigner une mâchoire atteinte par une balle ou un éclat d'obus. Que de malheureux resteront défigurés et seront condamnés à manger difficilement ou à parler sans articulation, parce que l'ambulance où ils furent apportés n'avait point de dentiste. Nous sommes nombreux, dans les régiments, qui ne demandons qu'à mettre notre savoir et notre habileté au service des blessés. Il faut notre concours à la chirurgie pour qu'elle puisse accomplir des miracles. Qu'on ne le lui marchande pas...

« Et ne rendrons-nous pas de plus grands services dans les hôpitaux qu'à la tranchée? »

Jean LECOQ.

* *

Dans son numéro du 14 septembre *Le Petit Journal* rend compte de la visite du sous-secrétaire d'Etat du Service de santé sous le titre : « Nos dentistes peuvent nous rendre 60.000 hommes ».

* *

La France de Demain publie un article analogue dans son numéro du 21 août 1915.

**

La France, du 3 septembre, publie sur le même sujet une lettre de M. Francis Jean, président de l'Association française d'hygiène dentaire.

**

L'Humanité publie, de son côté, dans son numéro du 29 août 1915, l'entrefilet suivant :

Les chirurgiens-dentistes dans l'armée.

Les chirurgiens-dentistes-prothésistes sont tous mobilisés dans les régiments du front en qualité de soldats de 2^e classe, et rarement comme infirmiers ou brancardiers régimentaires. Cependant ils possèdent tous les douze inscriptions médicales nécessaires pour l'obtention du diplôme d'Etat créé par la loi de 1892 (exercice de la médecine).

Pourquoi ne les emploie-t-on pas dans les ambulances et hôpitaux de la zone des armées où il existe un matériel important de stomatologie qui reste inutilisé faute de praticiens compétents ?

Dans les tranchées, les blessures de la face sont des plus fréquentes ; aussi les chirurgiens-dentistes dans les ambulances deviennent-ils indispensables.

Nous espérons que M. le sous-secrétaire d'Etat voudra bien examiner cette question avec tout l'intérêt qu'elle mérite.

Le dentiste au front.

Le *Daily Mail* du 23 juillet 1915 a publié sous ce titre un article que notre collègue M. V.-E. Miégeville a bien voulu nous faire parvenir.

L'auteur de l'article montre la nécessité du dentiste au front, en raison de la fréquence des blessures de la face et des maxillaires due à la guerre de tranchées, et paye un tribut d'admiration aux services qu'il rend en employant habilement la prothèse maxillo-faciale. Il cite plusieurs cas particuliers dans lesquels ce praticien fait des travaux véritablement merveilleux.

Il montre aussi la nécessité de la présence et de l'intervention constante du dentiste pour les soins à donner aux dents, afin que celles-ci soient toujours en bon état, et que la santé générale en profite.

Il se félicite que l'armée britannique se soit attaché un certain nombre de dentistes en campagne.

Nous ne pouvons qu'approuver ce que dit l'auteur de l'article et partager son opinion.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

Nous publions ci-dessous :

1^o *Le texte du rapport adressé par un de nos confrères mobilisé au médecin chef de son ambulance en tant que chirurgien-dentiste chargé du service dentaire ;*

2^o *Deux notes que nous adressent des confrères mobilisés et que nous sommes heureux de publier comme nous l'avons déjà fait pour des notes semblables et comme nous le ferons volontiers pour celles que nos confrères voudront bien nous adresser à ce sujet. L'ensemble de ces réflexions de professionnels s'étant trouvé en présence des problèmes complexes posés par la guerre pour les chirurgiens-dentistes permettront de fixer de façon précise l'organisation normale que les pouvoirs publics devront absolument établir au point de vue des soins dentaires et de la situation officielle des chirurgiens-dentistes.*

LE SERVICE DENTAIRE AUX ARMÉES

Le service dentaire de l'ambulance ne fut régulièrement installé qu'au début du mois de mars et son existence ne fut connue des différents corps de troupe que vers le milieu de ce même mois. Sa clientèle fut empruntée à la ...^{me} division, à quelques régiments de la ...^{me} et plus tard de la ...^{me}. Malgré les différents épisodes qui ne la favorisèrent pas jusqu'à fin avril, 1316 opérations, sur environ un millier d'hommes, tel est le bilan des travaux fournis à la date du 1^{er} juillet. Ce chiffre comprend 333 *extractions seulement*, 689 pansements dont un grand nombre de pansements occlusaux à la gutta-percha, 107 obturations définitives au ciment, les traitements de 95 affections buccales tels qu'abcès, stomatites, gingivites, pyorrhées, etc., enfin 92 opérations diverses (examens de bouche, nettoyages, retouches d'appareils, etc.).

Nous avons pu entre temps attirer l'attention du corps médical sur certains cas d'ordre général (syphilis, albuminurie, voire même abcès d'origine actinomycosique ?).

Nous avons eu la satisfaction non seulement de voir l'ambulance ne faire *aucune évacuation à l'arrière* pour cause stomatologique ou dentaire, non seulement de sauver un très grand nombre de dents vouées à l'extraction certaine, mais surtout d'avoir pu atteindre de tels résultats en évitant l'indisponibilité sous

toutes ses formes, n'acceptant aucun homme sans une note de service du médecin-major de son régiment ou de son commandant de compagnie au dos de laquelle nous portions l'indication du travail exécuté, ainsi que la date du prochain rendez-vous concordant toujours avec le repos de l'unité à laquelle il appartenait.

Z. E.

IMPRESSIONS PROFESSIONNELLES D'UN CHIRURGIEN-DENTISTE DE L'ARRIÈRE

Après un an de guerre, il est bon, au point de vue professionnel, de jeter un regard en arrière afin de voir ce qui existait, ce que l'on a fait et enfin ce qu'il serait utile de faire. Je n'ai la prétention que d'exposer des observations, des vues personnelles et de susciter l'échange d'impressions.

Dès l'entrée en campagne, arrivant dans une grande ville de 70.000 habitants, centre de région, je constatai qu'au point de vue dentaire rien n'existe, les services régimentaires eux-mêmes ayant disparu par le départ des unités combattantes.

Grâce à la clairvoyance et à la bonté de M. le Directeur du Service de Santé, j'obtins l'autorisation d'organiser une clinique en fournissant mon matériel opératoire et de prothèse. Ce n'était là qu'un embryon, mais qui avec un plan bien arrêté devait prospérer.

Dès après la bataille de la Marne et aussitôt connue cette forme nouvelle de guerre de tranchées, j'eus l'impression que les blessures de la tête, de la face, allaient se multiplier et j'en fis part en exposant mes projets.

En effet, dès ce moment le nombre des évacués de cette catégorie augmenta, et il fallut avec des moyens rudimentaires parer au plus pressé. Grâce à la collaboration d'un habile confrère, des appareils pour fractures, des ligatures appropriées donnèrent des résultats suffisants qui amenèrent automatiquement une centralisation régionale.

La nécessité, l'utilité d'une formation dentaire de région se trouvait démontrée par les faits eux-mêmes c'était toute mon ambition.

Les choses marchaient au mieux, lorsque, vers la fin de 1914, vint la circulaire ordonnant l'évacuation de tous ces blessés sur Paris, Lyon, Bordeaux. On peut deviner l'encombrement momentané qui s'en suivit et le retard bien involontaire apporté à la mise en traitement, alors qu'il eût été si facile de les grouper au centre de la région.

A ce moment, et au grand honneur de M. le Directeur de Région, un projet de création d'hôpital dentaire avec laboratoire de prothèse était à l'étude. Il gardera, je crois, la priorité de l'idée et le mérite de l'initiative première.

Bref, voyant supprimé ce courant régional, ne perdant pas courage, je fis observer qu'à la rigueur c'était une solution, mais qu'il restait une catégorie de blessés, n'ayant eu que des fractures dentaires avec lésions osseuses minimes, qu'ils pouvaient être munis rapidement d'appareils appropriés au centre régional et renvoyés au front rapidement. Dans mon esprit, je jugeais inutile d'encombrer et de compliquer le rôle des trois grandes formations de restauration bucco-faciale. On gagnerait ainsi beaucoup de temps, on contribuerait au plus grand rendement des effectifs combattants.

En effet, le temps d'établir des demandes, de les obtenir, d'attendre le tour de traitement de ces blessés peu pressés, les jours passent et les dépenses hospitalières augmentent.

Continuant mes investigations, une autre catégorie de soldats attira mon attention. Voyant le nombre considérable de ceux maintenus par les commissions d'examen dans les services de l'arrière et dans l'auxiliaire comme édentés, je me mis à cette nouvelle tâche de faire comprendre que, munis d'appareils masticateurs de prix de revient très faible, on pouvait en peu de jours les rendre au service armé.

Faisant glisser mon idée par les tangentes, revenant vingt fois à la charge, je finis par la faire prendre en considération et enfin admettre en principe.

J'avais donc en somme réussi à réaliser méthodiquement mon plan initial et voici mes conclusions en ce qui concerne la zone de l'arrière et par région :

1^o Nécessité d'un service dentaire pour donner les soins aux officiers, aux soldats et aux blessés alités des différents hôpitaux ;

2^o Nécessité d'un laboratoire de prothèse :

a) Pour la réparation courante des appareils en service.

b) Pour la construction des appareils aux blessés présentant seulement des lésions dentaires sans lésions osseuses larges.

c) Construction d'appareils masticateurs permettant l'utilisation de tous les hommes classés comme édentés.

En dehors de ces conclusions, et malgré l'échec éprouvé dans la création d'un hôpital dentaire régional à l'instar des hôpitaux spéciaux d'urologie, d'oculistique, de nerveux, je reste convaincu que cette idée s'imposera dans la suite.

On éviterait l'encombrement des grands hôpitaux spéciaux qui pourraient alors se consacrer exclusivement aux grandes restau-

rations prothétiques bucco-faciales en laissant aux formations régionales le traitement des lésions de peu d'étendue. Dans chaque région on trouverait facilement un praticien habile offrant sa collaboration et son matériel, ne laissant à la charge de l'Etat que l'achat des matériaux représentant une dépense peu appréciable.

Parmi ces idées il en est peut-être qui modestement pourront faire leur chemin ; en tout cas, voici ce qu'en dix mois de séjour à l'arrière il a été possible de faire.

Un autre champ d'action m'est ouvert dans la zone des armées où je suis maintenant occupé à réaliser des idées personnelles que j'exposerai dans un avenir prochain. J'estime que là encore il y a beaucoup à faire.

V. G.

A L'ARMÉE

Pensons un peu plus aux dents et... aux Dentistes.

Les circonstances qui ont amené notre collaboration, dans notre petite sphère, nous ont fait faire des constatations d'où sont nées les réflexions ici présentées.

Tous les services se perfectionnent, vieux ou nouveaux, indispensables à la guerre, à cette guerre ; bien des questions, certes, de deuxième plan, paraissent à leur tour, devoir être envisagées.

Durer, voilà le but. Et au milieu de l'organisation du grand effort national, le Service de santé prend une place dont l'importance semble croître ; son rôle réparateur comprend l'art dentaire qui légitime des attentions plus grandes qu'on ne pourrait croire.

Deux faits nous ont frappé : le nombre de soldats souffrant des dents, et le peu d'utilisation des dentistes à l'armée, la dent à pulpe découverte, à canaux infectés, motive *l'extraction*. La stomatite tartrique nécessite le *brossage* et *l'antisepsie* qu'il est besoin de bien manier. Les dents cariées au premier et au second degrés peuvent être conservées à condition que la dentine mortifiée soit enlevée, et qu'une *obturation* soit faite au ciment ou à la simple *gutta* : travail provisoire à compléter plus tard, mais travail nécessaire, utile et partout facilement exécutable.

Le matériel actuel est bien peu riche : la clef de Garangeot ! Les étudiants des écoles n'en ont pas trop l'habitude. Ils se sont eux-mêmes souvent munis (même au front) d'un outillage assez approprié.

Ils tâchent de ne pas rester trop inutiles tout en ne se détournant pas trop de leur profession.

L'organisation à l'armée de l'art dentaire est une mesure de nécessité et de justice.

Les dentistes et surtout les étudiants font du service sanitaire, et, parfois armé. Il leur est parfois douloureux de n'avoir ni le temps, ni les moyens, ni l'autorisation, de s'occuper d'affections dentaires, curables sur le front même.

Donnons à chacun tous les soins possibles que son état comporte. Voilà évidemment la meilleure méthode permettant à chacun de faire tout ce qu'il peut.

Et pourquoi ne ferait-on pas à l'avant et même sur le front tout ce que l'on peut dans ce sens ?

Il ne serait ni *inutile*, ni *difficile* de permettre aux étudiants en dentisterie de passer leurs examens, pas plus que de les charger spécialement des soins dentaires des hommes de leur régiment, pas plus que de faire faire de la prothèse à ceux qui s'y sont plus particulièrement préparés.

Utiliser pour la défense nationale les aptitudes de chacun autant que faire se peut ; ou mieux mettre chacun et chaque chose à sa place!... Non, que l'on se rassure, personne ne demande la perfection. Qu'il nous soit cependant permis de parler sincèrement de choses intéressantes qu'il nous est donné de voir, et particulièrement au front.

Il n'entre pas dans notre intention de parler des dégâts de l'appareil dentaire nécessitant des traitements que, seul, l'arrière peut conduire dans ses installations aisées où la prothèse semble de plus en plus entrer en possession de ses droits. Il s'agit ici de l'avant, où nous nous trouvons. Nos braves Poilus n'ont guère le temps et les moyens de donner à leur dentition les soins nécessaires ; et, pas mal d'affections en résultent. Les abcès dentaires, les névralgies, les accidents de la dent de sagesse, les stomatites, les dyspepsies ne manquent pas. Est-il besoin de statistiques, de chiffres ? Bien peu nombreux sont ceux qui n'ont pas une seule dent qui les fasse souffrir. Cela est vrai des officiers, et surtout des soldats.

Bien connue et évidente est l'importance de la denture dans l'assimilation, dans le maintien de la santé.

Les divers cas d'odontalgie ou d'odontologie de campagne, peuvent se sérier en ces trois catégories d'idées qui nous sont passées par la tête, alors que les obus passaient par dessus.

D^r G..., médecin aide-major au 164^e Rég. d'Infanterie.

D..., 46^e Rég. territ. et G..., 365^e Rég. d'Inf.

Etudiants en chirurgie dentaire.

NÉCROLOGIE

MORT AU CHAMP D'HONNEUR

Louis Brientin.

Nous avons le regret d'apprendre la mort de notre confrère Louis Brientin, chirurgien-dentiste au 3^e régiment *bis* de zouaves de marche, tombé glorieusement à l'ennemi le 7 août 1915 à Elverdinghe (Belgique), à l'âge de 25 ans.

Nous adressons nos très sincères condoléances à la famille de notre confrère, qui était un ancien élève de l'Ecole dentaire de Paris.

Nous avons le vif regret d'apprendre la mort du Dr Lelion, ancien interne des hôpitaux, chevalier de la Légion d'honneur, beau-père de notre confrère M. Henry Dreyfus, professeur suppléant à l'Ecole dentaire de Paris.

Nous adressons à notre confrère et à sa famille l'assurance de toute notre sympathie et nos bien sincères condoléances.

On annonce la mort, à l'âge de 62 ans, de M. Léon Vasseur, directeur du *Monde dentaire*, bien connu dans la profession en sa qualité d'avocat-conseil.

Nous adressons à sa famille nos très sincères condoléances.

NOUVELLES

Congrès dentaire du Panama-Pacifique.

Le Congrès dentaire du Panama-Pacifique s'est ouvert le 30 août dans les locaux de l'exposition à San-Francisco et a duré jusqu'au 3 septembre. Des dentistes de tous les Etats des Etats-Unis, ainsi que de 26 pays étrangers, y ont pris part.

Nous avons reçu à ce sujet, de notre correspondant, M. le Dr Aguilar, de Madrid, quelques documents intéressants dont nous donnerons un résumé dans un prochain numéro.

L'ODONTOLOGIE

TRAVAUX ORIGINAUX

L'ASYMÉTRIE DU MAXILLAIRE INFÉRIEUR. LES CONSÉQUENCES QUI EN DÉCOULENT POUR LA THÉORIE DU TRIANGLE ÉQUILATÉRAL DE BONWILL ET LES ARTICULATEURS DITS ANATOMIQUES OU PHYSIOLOGIQUES.

Par J. CHOQUET,

Professeur à l'Ecole dentaire de Paris.

(Communication à la Société d'Odontologie, 9 juin 1914).

(Suite¹.)

Avant de donner connaissance des parties du maxillaire inférieur qui sont asymétriques, et d'entrer par conséquent dans le vif du sujet de ma communication, il me faut faire une restriction qui de prime abord peut paraître bizarre et même incompréhensible après ce que je viens de dire au sujet de l'inexistence du triangle de Bonwill. Si l'on étudie un maxillaire inférieur dont les branches montantes sont égales comme longueur, on peut ou non y inscrire un triangle équilatéral. Tout dépend de l'angle sous lequel sera étudié ce maxillaire. Examinons par exemple la figure n° 2 qui représente un maxillaire inférieur tel que nous sommes habitués à le voir, d'après les travaux de Bonwill et de tous ses protagonistes, c'est-à-dire sous un angle de 90°. Je n'emploie pas de dessin pour ma démonstration, et c'est en connaissance de cause, car aux dessins, on peut faire dire tout ce que l'on veut, et c'est ce qu'il ne faut pas pour une

1. V. *Odontologie* du 30 août 1915.

démonstration de cette ampleur. La photographie elle-même peut prêter à confusion lorsqu'on n'y apporte pas tous ses soins. Tel est le cas pour le travail de Frahm cité plus haut, travail dans lequel les figures 3, 6, 18 et 19 peuvent être sujettes à critique, car elles représentent plusieurs maxillaires inférieurs vus ensemble, lesquels ne se présentent pas sous l'aspect qu'ils auraient s'ils étaient vus séparément.



Fig. 2.

C'est du reste pour cela que j'ai photographié trois maxillaires en même temps, de façon à bien démontrer que dans de semblables comparaisons, même photographiques, on ne doit tenir compte que d'une seule pièce, la pièce centrale, car les autres sont vues sous un angle qui peut prêter à des indications erronées.

Dans la figure n° 2¹ on est obligé de reconnaître que la théorie de Bonwill est absolument erronée, car le sommet du triangle *équilatéral* que nous cherchons à inscrire à l'intérieur de ce maxillaire, en nous basant sur la définition de Bonwill, c'est-à-dire en partant du milieu des condyles, au lieu de venir aboutir au bord libre des incisives inférieures, vient se terminer au niveau de la deuxième prémolaire. Le même maxillaire, si l'on incline à 75° le plateau sur lequel il repose, présente (fig. 3)¹ un aspect différent qui se rappro-

1. Les chiffres 90-75-50, placés à l'intérieur du maxillaire inférieur central, indiquent l'angle sous lequel est vu le dit maxillaire.

Les chiffres 90-95-105, placés au dessous indiquent le diamètre bi-condylien moyen pris au milieu des condyles.

che de la théorie de Bonwill, sans cependant y être parvenu

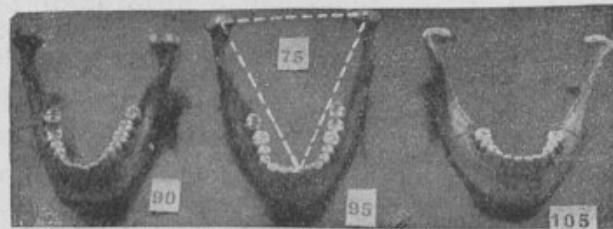


Fig. 3.

d'une façon complète. Et enfin, si l'on continue à incliner le plateau et à obtenir un angle de 50° (fig. 4)¹, l'on finit par

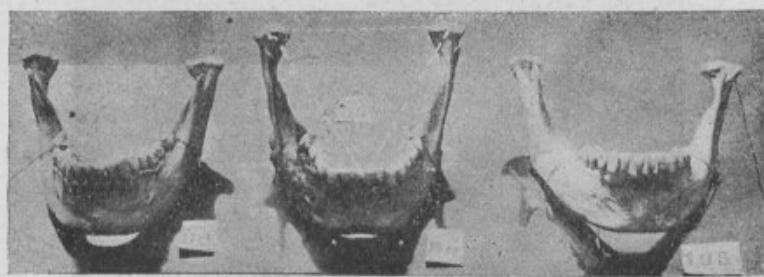


Fig. 4.

obtenir un triangle équilatéral réalisant à peu près toutes les conditions requises pour que la théorie de Bonwill soit acceptable. Ce maxillaire ainsi étudié n'est pas exact, *car il n'est pas orienté tel qu'il doit l'être* et le reproche que je ferai à ce maxillaire, je le ferai à l'articulateur de Bonwill de même qu'à la plupart des autres articulateurs dits anatomiques ou physiologiques. Etudions maintenant ce même maxillaire, non pas vu d'en haut, mais bien au contraire vu de profil. Posons-le sur une surface plane, une table par exemple, situation qui représente la position que nous donnons à nos modèles lorsque nous les montons en articulateur, que celui-ci soit simple ou anatomique (fig. 5). Si l'on vient à appliquer sur la photographie obtenue un rappor-

teur pour étudier l'angle formé par la branche montante avec le corps du maxillaire et par conséquent avec la surface plane sur laquelle repose ce maxillaire, on constate qu'il existe une ouverture de 50° . Relions maintenant ce maxillaire inférieur au crâne lui-même, en relations normales d'articulation, au moyen de ressorts, puis portons le crâne complet sur le craniophore de Verneau pour obtenir

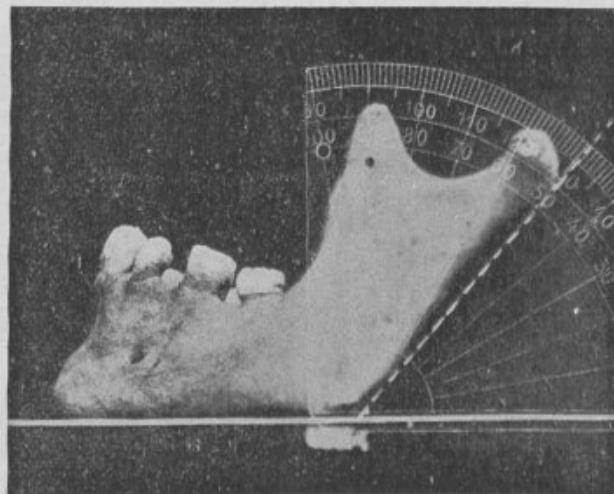


Fig. 5.

l'orientation exacte de ce crâne et par conséquent du maxillaire inférieur, en se rapprochant autant que possible de ce qui se passe sur le sujet vivant. Je choisis le craniophore de Verneau, car, malgré l'opinion des anthropologues allemands qui reprochent à cet appareil de faire relever le crâne en avant, je considère que c'est le seul appareil pouvant nous donner les indications les plus précises. Je ne parle pas et pour cause du craniophore de Broca qui n'a plus de raison d'être, car il ne peut donner que des indications erronées au sujet de l'orientation.

La figure n° 6 nous donne la photographie de ce crâne ainsi orienté, et si nous appliquons sur celle-ci un rapporteur comme nous l'avons fait pour le maxillaire séparé,

nous constatons que l'angle obtenu n'est plus de 50° , mais de 65° .

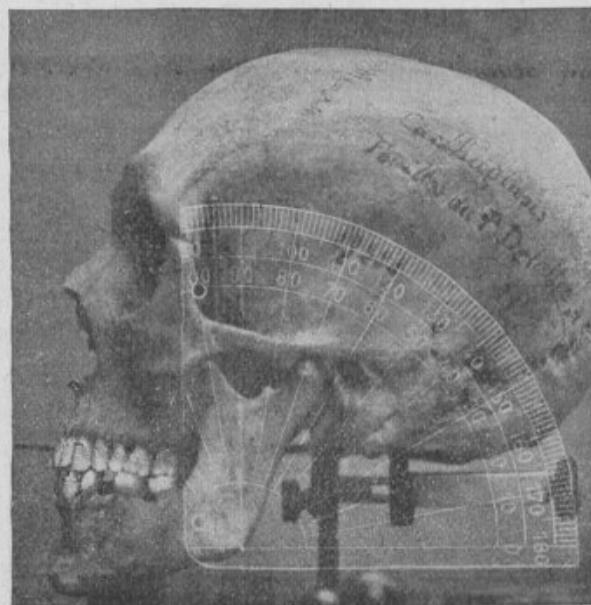


Fig. 6.

La figure n° 7, représentant un autre crâne muni de son maxillaire, lequel crâne est orienté sur le craniophore de Verneau, comme le précédent, présente, au point de vue de l'angle formé par ce maxillaire inférieur, des variations sensibles, suivant que ce maxillaire est relié au crâne ou bien qu'il est séparé de celui-ci et posé à plat comme nous sommes habitués à le voir alors que nous montons nos empreintes en articulateur.

Il faut donc tenir compte, lorsque nous montons des modèles dans un articulateur quel qu'il soit, de la situation qu'occupe dans l'espace le maxillaire inférieur et je compte présenter au congrès de Londres un articulateur réalisant toutes les possibilités d'inclinaison et d'orientation.

L'orientation est donc la base de tout lorsque nous voulons construire un dentier, et je suis convaincu que tous les échecs obtenus (et ils sont nombreux quoi qu'on dise, car on

ne nous présente jamais que les quelques rares cas de réussite) sont dus au manque d'orientation.

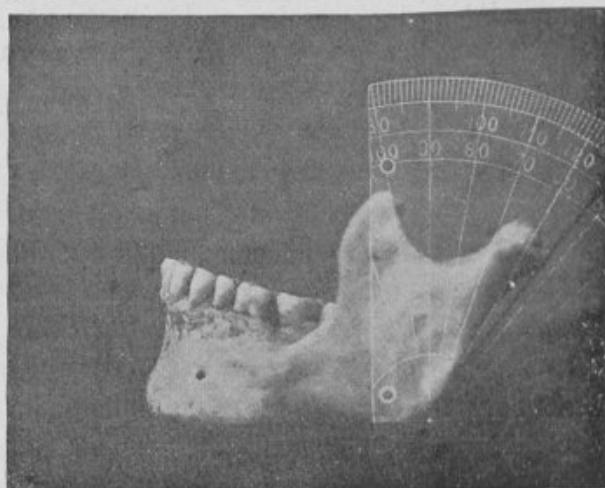
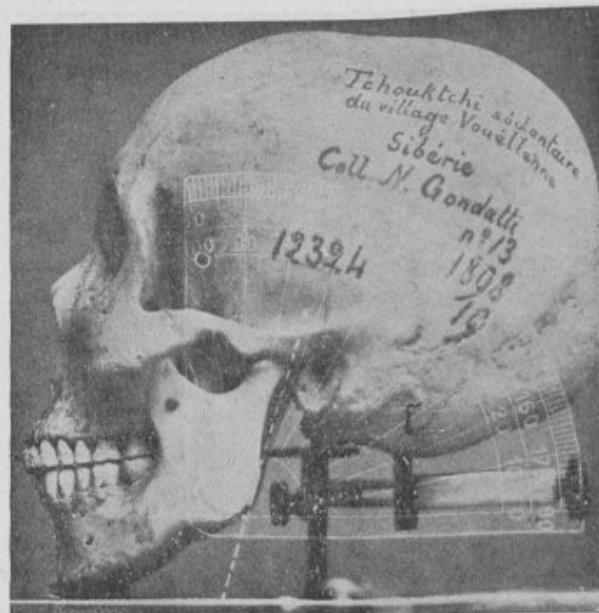


Fig. 7.

En ce qui nous concerne, le plan d'orientation du maxillaire inférieur proposé par le Dr Nello Puccioni, assis-

tant au Muséum d'Anthropologie de Florence et publié dans l'*Anthropologie*, n'est d'aucune utilité pour nous, car c'est le plan d'orientation de Klaatsch, basé sur le plan alvéolaire représenté par une ligne droite partant du point alvéolaire inférieur pour rejoindre le point le plus externe de l'alvéole de la dernière molaire. Le Dr Puccioni qui s'est fait une spécialité de l'étude du maxillaire inférieur (voir: *Ricerche sui rapporti di grandeza tra corpo e ramo ascendente nella mandibola*, dans: *Archivio per l'Antropologia et la Etiologia*, 1911, page 83; *Ricerche sui rapporti di grandeza tra corpo e ramo ascendente nelle mandibole fossili europee*, dans: *Rivista d'Antropologia*, 1912, page 367; *Ricerche sulla forma dell'mento e dell'incisura sigmoidea negli uomini e nelle scimmie*, dans: *Archivio per l'Antropologia e la Etiologia*, 1913, page 98) considère qu'il est absolument indispensable d'avoir un plan d'orientation unique si l'on veut obtenir des résultats satisfaisants. Pour lui, la méthode d'orientation de Broca n'est pas pratique, car celui-ci admettait tantôt le bord inférieur de la mandibule (mesure des angles prise avec la tablette), tantôt une ligne tangente au bord postérieur de la branche montante (largeur maxima de la branche montante) et il propose simplement le plan d'orientation de Klaatsch (voir: *Kraniomorphologie und Kraniotrigonometrie*, dans: *Archiv. fur Anthropolologie*, 1900, 1-2).

Continuant la définition de la théorie de Bonwill, je reprendrai son mémoire de 1899, et je ferai remarquer que malgré les dimensions de dix centimètres qu'il assigne à la dimension du maxillaire inférieur, comme devant toujours exister, Bonwill fait cependant quelques restrictions lorsqu'il parle des Indiens et des Malais, ainsi que de quelques races et nations (sans cependant les spécifier chez lesquelles les dimensions peuvent être portées à 127 millimètres. Il laisse entendre que chez ceux-ci le triangle équilatéral existe *toujours* et que les quelques rares cas où on ne le trouve pas, ne sont constatés que chez les peuples ayant l'habitude de

faire subir au crâne des mutilations par compression à la naissance. A mon avis, cette restriction n'a aucune raison d'être, et les susdites mutilations n'ont rien à faire en pareil cas. Enfin pour Bonwill le maxillaire inférieur, laissé libre de se développer, doit *toujours* être équilatéral. Pour en terminer avec la description de toutes les parties saillantes de la théorie de Bonwill, ce dernier, toujours dans le même article, vient à tirer des conclusions absolument extraordinaires pour l'emplacement des dents et l'espace que ces dernières doivent occuper sur les maxillaires. Il dit par exemple que le diamètre mésio-distal des 14 dents mises en ligne droite doit être égal à un des côtés du triangle équilatéral obtenu, et que ces mêmes 14 dents peuvent être enfermées dans une circonférence.

Pour la première partie de cette assertion, je suis d'un avis diamétralement opposé et j'apporte des preuves à l'appui de ce que j'avance.

Prenant quatre maxillaires inférieurs au hasard et possédant leur dentition au complet, j'établis le diamètre mésio-distal des 14 dents, puis je prends les diamètres bi-condyliens externe, moyen, interne et chaque fois, partant de la portion du condyle mesuré, je prends la dimension allant de ce point au bord libre. J'obtiens ainsi la table suivante :

Développement mésiodis al des 14 dents.		
N° 1		
Diamètre bi-condylien externe.....	121	
— au bord libre.....	118	
— bi-condylien moyen.....	99	= 116
— au bord libre.....	115	
— bi-condylien interne.....	80	
— au bord libre.....	115	
N° 2		
— bi-condylien externe.....	112	
— au bord libre.....	98	
— bi-condylien moyen.....	92	= 101.2
— au bord libre.....	98	
— bi-condylien interne.....	77	
— au bord libre,.....	97	

N° 3

—	bi-condylien externe.....	119
—	au bord libre.....	114
—	bi-condylien moyen.....	97
—	au bord libre.....	112
—	bi-condylien interne.....	77
—	au bord libre.....	111

N° 4

—	bi condylien externe.....	106
—	au bord libre.....	101
—	bi-condylien moyen.....	88
—	au bord libre.....	102
—	bi-condylien interne.....	72
—	au bord libre.....	99

Les chiffres représentent des millimètres et des fractions.

(A suivre.)

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

LES SERVICES DENTAIRES DE L'ARMÉE ET LES CHIRURGIENS-DENTISTES

Notre dernier numéro, presque entièrement consacré aux services dentaires militaires et à la situation des chirurgiens-dentistes dans l'armée, a été bien accueilli par la profession. Nombreux sont les confrères qui nous ont envoyé leurs réflexions et leurs félicitations.

Ils ont vu que les représentants de nos sociétés professionnelles (le Groupement de l'Ecole Dentaire de Paris et de l'A. G. S. D. F., ainsi que la F. D. N.) continuaient activement leurs démarches près des pouvoirs publics pour obtenir la solution la plus favorable de la question dentaire dans l'armée.

S'ils n'ont pu encore obtenir, comme ils l'avaient espéré, la loi ou le décret qui doit la résoudre, du moins on peut croire maintenant que cela ne se fera pas longtemps attendre.

Dans tous les cas nous engageons nos confrères à profiter des diverses circulaires ministérielles que nous avons rappelées, dans notre dernier numéro, concernant les soins de chirurgie et de prothèse dentaire pour continuer, par leur initiative et leur dévouement, à faire apprécier de leur mieux par nos soldats le concours des chirurgiens-dentistes militaires; ils aideront ainsi grandement au succès.

Nous les prions aussi de nous envoyer les renseignements les plus complets sur le fonctionnement de leurs services, ainsi que de nous faire connaître les noms des personnalités scientifiques ou politiques de

*leurs relations qui s'intéresseraient à la question et seraient disposées à seconder nos efforts*¹.

La Rédaction.

COMMISSION CONSULTATIVE SUPÉRIEURE DU SERVICE DE SANTE

Le *Journal officiel* du 31 octobre 1915 contient, pages 7867 à 7870, le *compte rendu des travaux de la Commission consultative supérieure du Service de santé* par M. Joseph Reinach, rapporteur de la Commission. Ce rapport, adressé au ministre de la Guerre et daté du 22 septembre 1915, embrasse la période 10 mars-22 septembre 1915.

Retenant un par un les avis qui ont fait l'objet de son précédent rapport en date du 2 mars, le rapporteur résume les vœux que la Commission a été amenée à renouveler sur quelques points. Nous en extrayons ce qui suit concernant les chirurgiens-dentistes.

VIII. — Avis de la commission :

« *Qa'un chirurgien-dentiste soit affecté, dans chaque régiment, au service dentaire; qu'un essai d'automobile dentaire soit effectué dans un corps d'armée; que dans la zone de l'intérieur, il y ait une utilisation intensive des écoles dentaires; que les chirurgiens-dentistes et, d'une manière plus générale, le personnel qualifié (pharmacien, étudiants en médecine) qui n'ont pas encore reçu une destination médicale, forment le contingent des sections d'infirmiers militaires* ».

Il a été répondu (31 mars et 28 mai) que des instructions avaient été données pour l'affectation au service dentaire, dans chaque régiment, d'un dentiste et pour la désignation, dans chaque hôpital d'évacuation, d'un dentiste-prothésiste. S'il n'avait pas été possible jusqu'alors d'installer un service dentaire dans tous les régiments, toutes les armées avaient organisé ce service dans les cantonnements, les ambulances, les centres hospitaliers et les hôpitaux d'évacuation.

L'utilisation intensive des écoles dentaires a été réalisée par l'installation des centres de prothèse maxillo-faciale.

La répartition du personnel qualifié dans les sections d'infirmiers

1. Adresser ces renseignements au secrétaire général de l'Ecole dentaire de Paris, qui les centralise.

a été également réalisée, sous réserve, en ce qui concerne les étudiants en médecine, à 12 et même 8 inscriptions des besoins de l'armée en médecins auxiliaires.

La question des soins den'aires aux armées ayant été reprise à la séance du 22 juillet, la commission a été informée de la construction et de l'envoi en service d'une automobile dentaire. D'autres voitures semblables seront construites, après expérience, et affectées aux armées à raison d'une par armée.

UN SERVICE DENTAIRE RÉGIMENTAIRE DU FRONT

Un de nos confrères, qui est dans un régiment d'infanterie du front, a profité d'une permission de 4 jours, en juillet, pour emporter de Paris un tour, ainsi que divers instruments et fournitures, avec lesquels il a organisé dans ce régiment un service dentaire. Nous reproduisons ci-après, à titre de document et d'exemple, le résultat du fonctionnement de ce service pendant le premier mois (août 1915), en adressant toutes nos félicitations à notre confrère W. D., créateur de ce service.

Nombre de consultations: 267.

Détail des soins donnés	Extractions (avec ou sans anesthésie).....	91
	Pansements.....	138
	Obturations (tous degrés).....	50
	Traitements des compliquées dentaires.....	8
	cations du 4 ^e degré. (lavages antiseptiques).....	8
	Nettoyages.....	10
	Traitements de gingivites.....	2
	Cautérisations, pointes de feu.....	3
	Réparations et retouches d'appareils.....	5
	Scellement de dents à pivot et couronnes.....	3

Question écrite.

5199. — Question écrite remise à la présidence de la Chambre, le 15 octobre 1915, par M. Raffin-Dugens, député, demandant à M. le Ministre de la Guerre quelles mesures il compte prendre pour donner aux chirurgiens-dentistes qui, à l'heure actuelle, rendent les plus grands services aux nombreux soldats atteints de

blessures, soit aux mâchoires, soit à la cavité buccale, une situation en rapport avec leurs services.

(*Journal officiel* du 16 octobre 1915).

L'affectation des dentistes.

M. Joseph Denais a demandé au sous-secrétaire d'Etat s'il ne convenait pas d'utiliser, suivant leurs aptitudes, les dentistes diplômés.

Le sous-secrétaire d'Etat vient de faire connaître au député de Paris qu'une solution générale interviendra à bref délai.

(*La Libre Parole*, 13 octobre 1915).

L'AIDE CONFRATERNELLE AUX DENTISTES FRANÇAIS ET BELGES VICTIMES DE LA GUERRE

Jusqu'ici l'existence de l'*Aide confraternelle* n'a été connue du public professionnel que par l'envoi à tous les dentistes de l'appel adressé par le Comité et paru dans *L'Odontologie* du 30 août. Le moment est venu, dans l'intérêt même de l'œuvre, de donner quelques détails sur son origine et sur ses débuts.

Un Comité d'initiative composé de MM. d'Argent, Blatter, Barden, Bioux, Fontanel, Godon, Martinier, Pont, Roy, sous la présidence de M. Viau, avait été chargé par le Conseil d'administration de l'Ecole dentaire de Paris de prendre l'initiative d'une Société de secours aux dentistes victimes de la guerre.

Le 2 mars 1915, M. Viau réunissait quelques confrères qui déclinaient la formation d'un Comité de Secours destiné à venir en aide aux confrères Belges et Français victimes de la guerre, au moyen d'une souscription publique.

MM. d'Argent, Bioux, Barden, Fontanel, Godon, Martinier et Roy répondirent les premiers à l'appel de M. Viau.

Ces confrères se constituèrent en Comité provisoire et décidèrent de faire appel à tous les groupements professionnels, sans exception. Ils eurent d'abord l'idée de faire des démarches auprès des personnes les plus qualifiées pour leur demander de représenter ces groupements. Mais dès les premiers pourparlers, ils s'aperçurent vite que la situation actuelle ne permettait pas de réunir les membres des différents groupements, beaucoup étant mobilisés, et que les personnalités désignées n'avaient pas qualité pour engager en leur nom les Sociétés.

Il fut donc décidé, dans une deuxième séance, qui eut lieu le 16 mars, de s'adresser non plus aux Sociétés, mais à tous les Confrères

Le résultat de cet appel dépassa nos espérances. Non seulement les adhésions nous vinrent nombreuses, mais leur diversité même fut pour le Comité une source de dilection. Pour la première fois, en effet, dans notre profession si divisée sur tous sujets, l'union, l'union sacrée se réalisait et chirurgiens-dentistes et stomatologistes, dentistes affiliés aux Ecoles ou indépendants, oubliant les luttes passées, s'unissaient enfin dans une admirable pensée de solidarité professionnelle. C'est la vertu des âmes françaises les plus diverses de se rejoindre et de se fondre en une âme unique aux heures graves où la Patrie est menacée. Félicitons les dentistes qui par ailleurs donnent un si bel exemple de dévouement à la nation, d'avoir eu, eux aussi, à leur heure, cette sublime vertu de sacrifice qui permet toutes les victoires!

Le reflet de cette union bienfaisante se retrouve dans la constitution du *Comité de Patronage*¹ où, comme l'on pourra s'en rendre compte sur la liste suivante, voisinent au hasard de l'ordre alphabétique les noms les plus divers et souvent les plus en vue de la profession.

COMITÉ DE PATRONAGE.

MM.		MM.	
Dr Amoedo	(Paris).	Fléty	(Dijon).
Barden	—	Fontanel	(Paris).
Barrié	—	Dr Frey	—
Bioux	—	Dr Godon	—
Blatter	—	D ^r Gourc	—
Burt	—	Guy	(Edimbourg).
Dr Cavalié	(Bordeaux).	Harwood	(Lyon).
Dr Chiavaro	(Rome).	Heidé	(Paris).
Dr Chompret	(Paris).	Herpin	—
Choquet	—	Hugot	(Paris).
Crepin	(Lyon).	Insall	—
Dr Cruet	(Paris).	Jean (Francis)	—
Dr Davenport	—	Lair	(Lyon).
d'Argent	—	Lannois	(Paris).
Dr Deschamps	—	Lée	(Reims).
Dubeau	(Montréal).	Levett	(Paris).
Dr Dunogier	(Paris).	D ^r Mahé	—
Fabret	(Nice).	Martinier	—

1. Séance du 29 avril 1915.

MM.	MM.
D ^r Mendel-Joseph (Paris).	Robinson (Paris).
Mummery (Londres).	D ^r Roy —
D ^r Nogué (Paris).	D ^r Sauvez —
D ^r Pont (Lyon).	D ^r J. Tellier (Lyon).
Prevel (Paris).	Touvet-Fanton (Paris).
Quartermann (Bruxelles).	Viau —
Quincerot (Paris).	Villain (H.). —
Quintero (Lyon).	Wisner —
Robine (Paris).	Zzaoui —

Ainsi composé, indépendant de tout Groupement, le Comité de patronage se devait de se choisir un *Conseil de Direction* bien représentatif de la profession et nous pensons qu'il n'a pas failli à cette tâche en nommant :

MM. Amoedo.	MM. Lannois.
Barden.	Lee.
Cavalié.	Martinier.
Choquet.	Pont.
Cruet.	Robine.
I. Davenport.	Robinson.
Deschamps.	Roy.
Fontanel.	Sauvez.
Frey.	Viau.
Godon.	Zzaoui.

Enfin ce Conseil de Direction nommait le *Bureau* suivant :

<i>Président :</i>	M. G. Viau.
<i>Vice-présidents :</i>	MM. D ^r Cruet, D ^r Davenport, D ^r Deschamps, D ^r Pont.
<i>Secrétaire-général :</i>	Barden.
<i>Trésorier :</i>	Fontanel.
<i>Vice-trésorier :</i>	Zzaoui.
<i>Secrétaire-adjoints :</i>	Lannois, Robine.

Entre l'Assemblée générale constitutive du 29 avril 1915 et la dernière séance tenue par le Bureau le 9 novembre, le Conseil de direction n'a pas perdu son temps. Il a, en effet, lancé un premier appel à tous les dentistes français, il a recueilli déjà plus de quarante mille francs de souscriptions¹ et secouru aussi quelques pressantes infortunes. Demain, le Conseil de Direction va

1. Voir ci-après la première liste de souscription.

commencer la propagande dans les grands quotidiens français et auprès des confrères étrangers.

Par la spontanéité et la rapidité avec lesquelles sont parvenues les premières adhésions, nous sommes sûrs du succès de notre œuvre de solidarité et nous avons l'espoir qu'elle pourra faire face à toutes les infortunes. Ne nous a-t-il pas été permis déjà d'enregistrer le beau geste d'une de nos plus respectables Sociétés professionnelles, « L'American Dental Club of Paris », envoyant — en dehors des souscriptions individuelles de ses membres — une souscription collective de 1.000 francs au profit de l'œuvre ! Ce geste — et la belle lettre de notre confrère Robinson qui l'accompagnait — nous a profondément touchés. Il nous a montré que nos confrères anglais et américains n'avaient pas vécu impunément en France de longues années sans se pénétrer de cette féconde idée de fraternité qui fit naître notre Grande Révolution et qui n'est pas qu'un vain mot au fronton des temples de la République.

Nous sommes heureux, en terminant, d'annoncer que, dans sa dernière séance, le Groupement de l'Ecole dentaire de Paris et de l'Association Générale Syndicale des Dentistes de France a décidé de participer à la souscription de l'aide confraternelle, pour une somme de 5.000 francs, et que l'*Association de l'Ecole odontotechnique* et la *Société odontologique de France* ont souscrit pour une même somme de 5.000 francs.

Pour le Comité :

A. BARDEN,
Secrétaire Général de l'Aide Confraternelle.

N. B. — Pour tout ce qui concerne l'œuvre, adresser :

- a) Les demandes de secours à M. G. Viau, président, 109, boulevard Malesherbes.
- b) Les demandes de renseignements à M. A. Barden, secrétaire général, 108, avenue Ledru-Rollin.
- c) Les bulletins de souscriptions et envois d'argent, à M. P. Fontanel, 1, rue Vercingétorix.

1^{re} Liste de souscriptions.

NOMS	ADRESSES	SOUSCRIPTION
Société de l'Ecole et du Dispensaire dentaires de Paris et Association générale syndicale des dentistes de France.	Paris	5.000
Association de l'Ecole odontotéchnique et Société odontologique de France.	—	5.000
American Dental Club,	—	1.000
Quartermann,	Bruxelles	75
D ^r Hugenschmidt,	Paris	500
Fabret,	Nice	100
Touvet-Fanton,	Paris	50
Burt,	—	50
Prevel,	—	500
Fildermann,	—	20
Morel,	Sedan	500
D ^r Mahé,	Paris	100
D ^r Mummery,	Londres	100
Vizioz,	Paris	100
Hilpert,	—	100
Heide,	—	500
Robinson,	—	500
Wissner Léon,	—	500
Douhet J.,	—	500
Holly Smith,	—	500
Gravollet-Leblan,	—	50
Schuller,	—	100
Liskenme,	—	50
Seigle,	Bordeaux	50
D ^r Estor,	Blois	20
Brodhurst,	Monthluc	25
Huggins Thomas,	Toulouse	100
Joyeux A.,	Chateaudun	20
Coquier,	Vienne (Isère)	25
Cherignian, (versem. mens.).	Orense (Espagne)	10
Madiguier,	Nevers	100
Patchadjian Aram,	Paris	50
Kelsey et Fils,	Marseille	100
Indjeyan,	Paris	60
Grimaud F.,	La Rochelle	100
D ^r Bouvet,	Paris	200
<i>A reporter.....</i>		16.755
		20

<i>Report</i>		16	755
Cohen S.,	Lyon	500	
Duncombe,	Lisieux	500	
Fontanel,	Paris	500	
Barden,	—	500	
Viau G.,	—	1.000	
Zzaoui,	—	500	
de Rojas,	—	500	
Millange,	—	500	
Cornic,	—	500	
Grignon, 9, rue Violet,	—	500	
Monick,	—	500	
Denis le Seve,	—	300	
Franck Stuhl,	—	300	
Fort,	—	50	
Bourla,	—	500	
Lebedinsky,	—	500	
Richaume,	—	500	
Radiguet,	—	100	
Davenport Isaac,	—	500	
Nux,	Toulouse	100	
Guerin,	Moulins	500	
Robine,	Paris	250	
Dr Godon,	—	1.000	
Dr Roy,	—	500	
Dr Amoedo,	—	500	
Waldberg,	—	100	
Van der Heust,	—	50	
Dr Frey,	—	200	
Harwood,	Lyon	500	
Thomson,	Dinan	20	
Osborne E.,	Biarritz	100	
Hays Marie,	Paris	25	
Flety,	Dijon	100	
Dr Cruet,	Paris	500	
Dr Pont,	Lyon	500	
Sutter,	Annecy	500	
Freeman,	Besançon	500	
Delphin,	Chambéry	20	
Champagne,	Paris	100	
d'Argent,	—	500	
Nivet,	—	100	
Blatter,	—	100	
Reviron, Bugnet, Pomiès et Cie.	—	50	
Créange,	—	500	
Platschick (Pour Ash Sons et Cie Ltd),	—	500	
<i>A reporter</i>		33.320	

<i>Report</i>		33.320
Mlle Villain,	Paris	100
Georges Villain,	—	1.000
Henri Villain,	—	500
H. Lanos,	—	250
D ^r J. Tellier,	Lyon	500
Société Française de four- nitures dentaires,	Paris	100
Martinier,	—	500
D ^r Deschamps,	—	100
Watts,	Lyon	100
Quintero,	Lyon	250
Mlle Lagarrigue,	Aurillac	100
D ^r Sauvez,	Paris	1.000
D ^r Chompret (1 ^{er} versem.),	—	100
D ^r Mendel Joseph,	—	500
Anema,	—	500
Bayer,	—	15
Zamkoff,	—	100
Crocé-Spinelli,	—	300
Kritchewsky S.,	—	250
Reboulet,	Lyon	200
Buckley,	Marseille	500
Robinson J.,	Paris	100
Bourselet,	Mantes	500
Total de la 1 ^{re} liste		40.885

NÉCROLOGIE

UN MARTYR

Amédée Hesse.

Une affiche, signée du général Von Bissing, annonce que M. Amédée Hesse, dentiste à Spa, qui avait été condamné à mort par la Cour martiale allemande, a été fusillé dans les fossés du fort de la Chartreuse en même temps que quatre de ses compatriotes.

Le nom de cette nouvelle victime de la barbarie germanique, qui était un ancien élève de l'Ecole dentaire de Paris, sera inscrit au livre d'or de la profession parmi les martyrs de l'indépendance et de la liberté.

Bing.

Le Dr Bing D. D. S. vient de mourir subitement à Paris dans sa 86^e année. Né aux Etats-Unis, ses études terminées, il était venu très jeune s'établir à Paris et y exerça jusqu'au moment de la guerre du Transvaal. C'est une personnalité de notre profession qui disparaît. Le Dr Bing, par ses qualités de praticien remarquablement habile, s'était fait une situation des plus importantes et très méritée dans la société parisienne.

Les confrères de Paris soucieux de se perfectionner dans l'art de l'aurification, n'hésitèrent pas à lui demander de leur enseigner la méthode de l'or mou, et ceux qui connurent ce praticien qui avait la réputation d'un homme très original et un peu brusque se souviennent de la façon « à l'aise » qu'il prenait pour soigner ses clients. La clientèle parisienne supportait et trouvait même amusante cette façon de faire qui aurait été difficilement acceptée de la part d'un Français ; mais malgré cela, ou peut être à cause de cela il était, nous nous en souvenons, avec une réelle admiration un aurificateur absolument extraordinaire. Sans digue — en un temps à peine plus long qu'il n'en faut pour faire un amalgame soigneusement — il foulait, dans une grande carie bien préparée, des cylindres d'or roulés par lui et il obtenait une obturation qui pouvait rivaliser avec les mieux faites à l'or adhésif. Il était d'une habileté remarquable dans la confection des bridges.

Nous accomplissons un devoir reconnaissant en disant ici un dernier adieu à ce confrère qui nous a donné des conseils si profitables il y a quelque 30 ans.

G. VIAU.

* * *

Notre collègue M. Francis Jean, professeur à l'Ecole dentaire de Paris, a été cruellement éprouvé par la mort au champ d'honneur, à l'âge de 31 ans, de son fils aîné, M. Francis Jean, sous-lieutenant aviateur.

Le *Journal officiel* du 29 octobre dernier annonce cette mort dans les termes suivants en l'accompagnant d'une citation à l'ordre de l'armée :

« *Jean (Francis), sous lieutenant, officier observateur-bombardier à l'escadrille VB III.* »

« *Le 25 août 1915, au retour d'une expédition de bombardement à très longue distance, a engagé vaillamment un combat aérien, au cours duquel il a dû, dans des conditions particulièrement difficiles, atterrir en territoire ennemi, et s'est tué.* »

» *Ordre du 4 octobre 1911.*

Nous adressons à notre collègue nos très sincères condoléances et l'assurance de notre sympathie émue.

* * *

Nous avons le regret d'enregistrer le décès de M^{me} G. Roussel, femme de notre estimé confrère, M. Georges Roussel, membre de l'A. G. S. D. F. et de l'*American Dental Club of Paris*, professeur de l'Ecole dentaire de Paris.

Les obsèques ont eu lieu le lundi 18 octobre et un grand nombre de confrères ont tenu à témoigner leur sympathie en y assistant.

Nous adressons à M. G. Roussel nos très vives condoléances.

Raymond Boissier.

Nous avons le grand regret d'apprendre la mort de M. Raymond Boissier, qui était chargé du cours d'anatomie à l'Ecole dentaire de Paris.

Nous exprimons à sa famille nos très sincères condoléances.

MORT AU CHAMP D'HONNEUR

M. Godin.

Nous avons le regret d'apprendre la mort au champ d'honneur d'un des employés de l'Ecole dentaire de Paris, M. Godin, comptable, caporal-fourrier au 130^e d'infanterie.

Nous adressons nos condoléances à sa famille.

NOUVELLES

Nomination.

Nous avons le plaisir d'apprendre que notre confrère M. P. Martinier, directeur honoraire de l'Ecole dentaire de Paris, vient d'être nommé membre du jury pour la collation du grade de chirurgien-dentiste, en remplacement de M. Alfred Ronnet, décédé.

Nous lui adressons nos vives félicitations.

Fédération dentaire nationale.

Le Bureau de la Fédération s'est réuni le samedi 23 octobre pour examiner les mesures à prendre en vue d'une action commune de toutes les Sociétés professionnelles auprès des pouvoirs publics afin d'obtenir la solution la plus rapide et la plus favorable en faveur des dentistes dans l'armée.

Erratum.

Il y a lieu d'ajouter, p. 201 de notre dernier numéro, au nombre des personnes présentes à la visite de M. Justin Godart à l'Ecole dentaire de Paris, M. Bioux, président de l'A. G. S. D. F., M. P. Martinier, directeur honoraire de l'Ecole dentaire de Paris et chef de service technique du Comité de Secours, M. G. Viau, président et professeur honoraire et M. Bardon, directeur adjoint de l'Ecole odontotechnique, dont les noms ont été omis.

Dans le cours de cette visite il a été rappelé au sous-secrétaire d'Etat que l'Ecole odontotechnique a également organisé un dispensaire dentaire pour les inaptes et les blessés.

A l'ordre du régiment.

Nous relevons avec plaisir la citation suivante dont a été l'objet notre confrère M. Bruschera, Louis, caporal infirmier au 364^e régiment d'infanterie, auquel nous adressons nos félicitations.

« Dans l'exercice de ses fonctions a assuré d'une manière particulièrement remarquable, dans une zone très périlleuse, la relève des blessés et des morts devant les tranchées ennemis, le 7 avril 1915 ».

Récompense.

Nous avons annoncé dans notre dernier numéro, en faisant part de la mort de notre confrère Henri Delionnet, qu'il lui avait été délivré une médaille d'honneur en bronze pour son dévouement pendant une épidémie. Nous tenons à reproduire le libellé du diplôme qui lui a été décerné pour accompagner cette médaille.

Le ministre de la Guerre a décerné une médaille d'honneur de bronze au caporal Delionnet (Henri), de la 6^e section d'infirmiers militaires à l'hôpital temporaire n° 4, à Châlons-sur-Marne.

Soignant avec dévouement depuis 6 mois des malades atteints de la fièvre typhoïde, a contracté cette maladie.

14 avril 1915.

Ajoutons que le médecin chef de l'hôpital temporaire n° 4 a écrit à la famille Delionnet une lettre des plus élogieuses sur le dévouement de notre jeune confrère et les services qu'il a rendus comme infirmier.

Décoration.

M. Monjou, vice-consul de France à Genève, chargé du bureau militaire au consulat général, a eu l'agréable mission de remettre à un glorieux blessé, Alph. Clair, une décoration bien méritée.

M. Clair, chirurgien-dentiste à Genève, répondit à la mobilisation dès les premiers jours d'août. Sur le front il se conduisit en brave; un obus le blessa grièvement à la jambe et le courageux soldat dut subir l'amputation.

Rendu à la vie civile, M. A. Clair a repris ses travaux de chirurgie dentaire. C'est à son domicile que, sans cérémonie, mais avec une émotion bien compréhensible, M. Monjou, au nom du consul général et du gouvernement de la République, a présenté ses félicitations à M. A. Clair et lui a remis la médaille militaire.

Dentistes militaires dans l'armée britannique.

Le sous-secrétaire d'Etat de la guerre de la Grande Bretagne, M. Tennant, a fait à M. Henri Norman dans une des dernières séances du Parlement la réponse ci-après :

1^o Il n'y a pas de dentistes consultants dans les troupes britanniques qui sont au dehors.

2^o Il y a 48 chirurgiens-dentistes servant dans les troupes au dehors et 48 à l'intérieur, tous avec le rang de lieutenant.

3^o Il y a 93 chirurgiens-dentistes consultants à l'intérieur.

4^o Ces chiffres ne comprennent pas les chirurgiens-dentistes employés par les autorités militaires locales de l'intérieur, non plus que ceux servant dans les troupes coloniales.

(*British Dental Journal*, 16 août 1915.)

Fiançailles.

Nous apprenons les fiançailles de notre confrère M. Salomon Arama, de Salonique, avec M^{me} Buena Jacob Florentin

Nous adressons aux fiancés nos félicitations.

Publication reçue.

Nous avons reçu le *Suplemento do Quinto Distrito* publié au Brésil qui contient dans son numéro du 1^{er} août 1915 un article intitulé : *Opération et traitement d'une carie du maxillaire inférieur* par Henrique Lima Junior, de Barra do Pirahy.

Les dents des morts.

Nous empruntons à la Liberté du 8 septembre l'extrait suivant de la Zahnärztliche Rundschau :

« Nous, dentistes, devons faire tout ce qui est en notre pouvoir pour que la technique dentaire ne pèse en rien sur le principe général « Tout pour la guerre »... Ce serait commettre un grand crime d'indifférence patriotique à l'égard de l'Allemagne que de continuer à faire des dents et des râteliers en or... Il faut rechercher une autre matière pour la fabrication des dents. L'ivoire conviendrait parfaitement, mais il coûte très cher. C'est pourquoi, nous, dentistes, nous proposons d'utiliser pour la fabrication des dents artificielles les dents des morts (saines naturellement et soigneusement désinfectées)... Il faut reconnaître que les dents des ennemis du front russe se distinguent par leur blancheur et leur solidité. »

Le groupe des dentistes termine en ces termes son appel cannibalesque.

« Si l'on veut suivre sévèrement ce principe « Tout pour la guerre », il faut pour le plus grand profit du pays, extraire les dents des morts. Il n'y a pas lieu de faire du sentiment... »

L'ODONTOLOGIE

TRAVAUX ORIGINAUX

SUR UNE MÉTHODE DIRECTRICE RATIONNELLE DANS LE TRAITEMENT DES FRACTURES DU MAXILLAIRE INFÉRIEUR, AVEC DÉMONSTRATIONS

PAR LE DR CAVALIÉ, de Bordeaux.

Jusqu'à aujourd'hui, en ce qui concerne les fractures du maxillaire inférieur, on s'est plus préoccupé du maintien des fractures réduites que de la réduction elle-même. La réduction était considérée comme généralement aisée à obtenir, s'adressant à des fractures récentes et à des fractures dont les lésions des parties molles et osseuses n'étaient pas étendues ni complexes.

Les fractures de guerre que nous avons observées depuis novembre 1914 au service de stomatologie et de prothèse maxillo-faciale de l'armée, centre de Bordeaux, ont présenté des difficultés de réduction qui ont fixé tout de suite notre attention. Ces difficultés proviennent de l'importance des lésions molles et osseuses, des phénomènes inflammatoires du début ayant retardé le traitement du gonflement, œdème des parties molles, des lésions musculaires, des plaies buccales et cutanées ; de l'infection presque constante du foyer ou des foyers de fracture, de la présence de corps étrangers ; débris de dents ou racines, projectiles d'armes à feu plus ou moins morcelés, fils métalliques de suture appliqués par les chirurgiens et n'ayant jamais abouti à un bon résultat ; des destructions osseuses d'étendue variable, morcellements osseux, multiplicité des traits de fracture anastomosés, etc.

Il s'en est suivi :

1^o Des déplacements fragmentaires résistants, dus aux cicatrices rétractiles, aux brides fibreuses et aux scléroses musculaires et conjonctives ;

2^o Des consolidations partielles ou totales, incomplètes mi-

osseuses, mi-fibreuses ou complètes et le plus généralement en mauvaise position ;

3^o Des non-consolidations généralement aussi en mauvaise position ;

4^o Des déviations de l'ensemble de l'arc mandibulaire du côté fracturé en général ;

5^o Des déformations du visage.

Le problème que nous nous sommes posé est non seulement la réduction des fragments et leur consolidation, mais encore le rétablissement et le maintien de l'arc mandibulaire et de ses relations avec l'arc maxillaire supérieur, tout en laissant libres le plus possible les mouvements de l'articulation temporo-maxillaire.

Nous sommes arrivé après de patientes recherches à établir la méthode directrice suivante.

Elle comprend trois temps, dominés par le grand principe d'*immobilisation* qui est à la base du traitement de toutes les fractures :

Premier temps. — Redressement, nivelingement des fragments, rétablissement de l'arc, réalisation ;

1^o Par intervention chirurgicale libératrice ;

2^o Par moyens prothétiques actifs ;

3^o Par moyens mixtes chirurgical et prothétique actifs.

Deuxième temps. — Réorientation de l'arc dévié dans son ensemble, c'est-à-dire rétablissement des relations réciproques normales avec l'arc supérieur, réalisation :

1^o Par intervention chirurgicale (ostéotomie) ;

2^o Par moyens prothétiques actifs ;

3^o Par moyens mixtes chirurgical et prothétiques actifs ;

Troisième temps. — Contention générale en bonne position, par appareils temporaires et définitifs.

Pendant le premier et pendant le deuxième temps, la contention est obtenue par moyens prothétiques passifs.

L'ordre d'emploi des temps a son importance. Les indications sont fournies par l'examen du blessé.

Le troisième temps est employé d'emblée :

1^o Dans les fractures réduites ou facilement réductibles en bonne position ;

2^o Dans certains cas de fractures à perte osseuse pour tâcher d'obtenir la consolidation même en mauvaise position, quitte ensuite à l'emploi du premier et du deuxième temps ou du deuxième temps seulement.

Le deuxième temps est employé d'emblée :

Dans les fractures consolidées ou en voie de consolidation avec désorientation de l'arc.

Le premier temps est employé d'emblée :

Pour les fractures consolidées ou non consolidées.

Il ne faut jamais intervertir la succession des premier et deuxième temps, et commencer le deuxième temps pour passer du premier et puis au troisième.

En revanche, on peut sauter le premier, commencer par le deuxième et finir par le troisième; ou bien sauter le second en allant du premier au troisième.

Résultats. — Sur 420 cas traités par la méthode des trois temps au service de Bordeaux, il y a actuellement plus de 200 guérisons *correctes* et *parfaites*; 200 autres cas sont en voie de guérison. Il y a 19 non-consolidations (pseudarthroses) par destructions osseuses étendues, où la méthode a agi à blanc en réduisant simplement les fragments et en refaisant idéalement un arc orienté. Les brèches osseuses sont l'objet d'un traitement curatif en cours.

Il nous a paru utile de faire connaître ici la méthode directrice des trois temps qui nous a rendu beaucoup de services et nous a permis de rectifier des traitements antérieurement faits sans méthode.

(*Académie de médecine, séance du 10 août 1915.*)

**L'ASYMÉTRIE DU MAXILLAIRE INFÉRIEUR.
LES CONSÉQUENCES QUI EN DÉCOULENT
POUR LA THÉORIE DU TRIANGLE ÉQUILATÉRAL
DE BONWILL ET LES ARTICULATEURS
DITS ANATOMIQUES OU PHYSIOLOGIQUES.**

Par J. CHOQUET,

Professeur à l'École dentaire de Paris.

(Communication à la Société d'Odontologie, 9 juin 1914).

(Suite et fin^{1.}.)

De façon à posséder des indications aussi précises que possible, j'ai dressé une table spéciale donnant les dimensions, dans les différentes races, des diamètres bi-condyliens interne et externe, sans tenir compte des diamètres moyens, c'est-à-dire à la portion centrale des condyles.

DIAMÈTRES BI-CONDYLIENS INTERNE ET EXTERNE

	Interne.	Externe		Interne.	Externe
Français.....	82	122	Arabe.....	75	109
—	71	115	—	76	114
—	74	115	—	73	108
—	77	120	—	81	115
—	73	112	—	67	108
—	83	125	—	74	107
—	69	113	—	65	110
—	81	123	—	76	113
—	83	122	Maure.....	80	122,5
—	81	123	—	73,5	114
—	83	125	—	78,5	118
Roumain	77	120	—	70	110
Suédois.....	82	120	—	80	124
—	83	115	Kabyle.....	73	124
Corse.....	78	123	—	70	114
Arabe.....	73	115	—	80	123
—	77,5	120	—	80	116

1. V. *Odontologie* des 30 août et 30 octobre 1915.

	Interne	Externe		Interne	Externe
Soudanais	73	112	Mindanais	71	108
—	82	119	—	68,5	111
—	80,2	122,5	—	83	120
—	80	117	Maori	78	120
—	73	115	—	86	120
Patagon	80	127	—	79	124
—	85	130	—	91	128
—	78	124	—	75	108
—	95	133	—	86	132
—	89	131	—	71	112
—	73	105	Chinois	82	120
—	83,5	130,5	—	65	107
—	79	112	Japonais	84	124,5
—	86	128,5	Mongol	79	118
Néo-Calédonien	75	121	Tartare	81	120
—	75	123	Cosaque	96	138
—	79	115	Malais	77	117
—	77	115	—	82	116
—	67	121	—	72	118
—	76	121,5	—	87,5	126,5
—	78	123	—	83	124,5
—	84	130	—	72	117
Néo-Hébridaïs	69	108	—	79	116
—	82	120	Javanais	72	113
—	83,5	122	—	81	121
—	85	120	—	80	122
—	81,5	124	—	75	115
—	78	109,5	Dayack	77,5	114
Hawaien	82	127	—	80	120
—	93	133	—	80	118
Australien	76	112	—	82	120
—	81	121	Indou	76	107
Néo-Zélandais	81	125	Syok	79	120
Tasmanien	67	109	Hova	77	117
Tahitien	89	134	—	81	121
—	83,5	124	Tchoukoky	86	130,5
—	75	113	Esquimaud	85	126
—	77	120	—	90	130
—	75	126	Fuégien	92	131
Californien	77	117			

Comme on le voit, les assertions de Bonwill ne riment à rien une fois de plus. Quant à la seconde partie, savoir que ces mêmes 14 dents doivent être complètement incluses dans une circonférence qui entourerait le triangle équilateral, ce dernier n'existant pas, on est en droit de se de-

mander comment il faut agir en pareil cas. Enfin pour en terminer avec la description intégrale de la théorie de Bonwill, il faut citer son opinion lorsqu'il dit que les six dents de bouche, mises en ligne, ont le même développement que les deux prémolaires et les deux molaires placées sur un des côtés du triangle équilatéral, formant ainsi un nouveau triangle équilatéral, puisque dans presque tous les cas de crânes à dentition complète étudiés, on constate sous un angle de 90° degrés, et même lorsque les branches montantes sont de même longueur, qu'il est impossible d'inscrire le triangle équilatéral. Ainsi qu'on peut s'en rendre compte par l'examen de la figure 8, qui n'est que

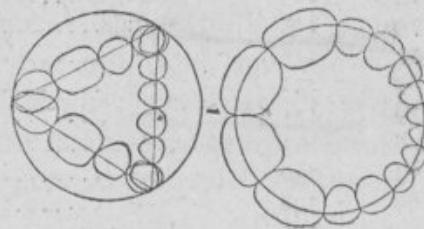


Fig. 8.

la reproduction des dessins originaux de Bonwill, cette conception ne tient pas debout, car elle fait empiéter les dents les unes sur les autres, et malgré toute l'attention que l'on peut apporter, malgré tout le bon vouloir dont on peut être animé, l'on ne voit pas bien quel intérêt ces figures géométriques peuvent avoir pour la confection des appareil de prothèse.

Je me permettrai entre temps de faire remarquer que dans mon travail intitulé : « Etude comparative des dents humaines dans les différentes races », publié au commencement de 1908, on trouve entre les pages 24 et 25 une planche indiquant les dimensions existant entre ces différents groupes de dents, et il suffira d'y jeter un coup d'œil pour trouver les dimensions exactes.

Les points principaux de la théorie de Bonwill (je pourrais même dire la théorie elle-même) ayant été exposés

une fois pour toutes, de façon à bien faire comprendre pourquoi je me suis toujours élevé contre elle, il me faut, avant d'envisager l'étude anatomique du maxillaire inférieur et faire ressortir les parties qui sont sujettes à l'asymétrie, faire une remarque qui a une très grande importance. En supposant que la théorie de Bonwill soit exacte, ce qui n'est pas le cas, ainsi que je viens de le démontrer, puisque cette dernière a été créée pour la construction des appareils de prothèse dans des bouches complètement édentées, comment se fait-il que Bonwill et tous ses protago-

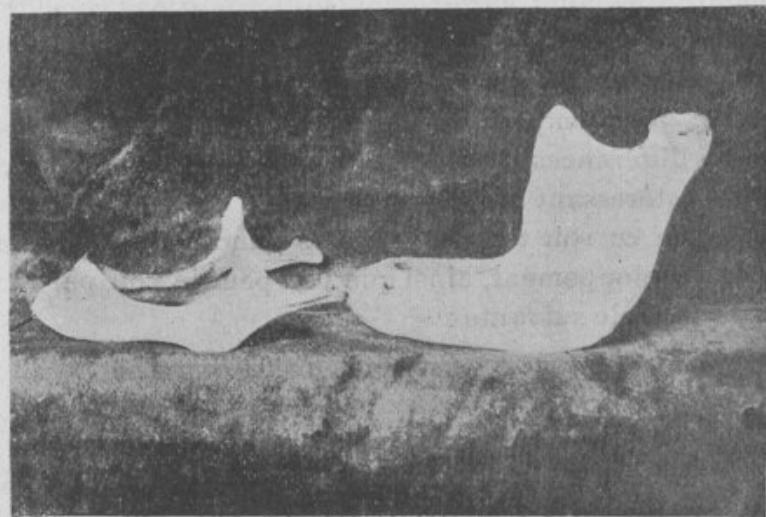


Fig. 9.

nistes se basent pour inscrire le triangle équilatéral sur le fait que l'un des sommets de ce triangle doit aboutir au bord libre des incisives inférieures ? Il y a là un non sens absolument flagrant, car là où l'on pourrait inscrire ce triangle équilatéral dans une bouche possédant toutes ses dents, l'on ne pourra pas agir de même si cette même bouche ne présente plus d'organes de mastication. Il faut en outre tenir compte que les maxillaires de vieillards, surtout les maxillaires inférieurs, ne sont autant dire jamais de mêmes dimensions, comme l'on peut s'en rendre compte par la figure n° 9, représentant deux maxillaires de dimensions extrêmes.

Quelles sont les parties du maxillaire inférieur sur lesquelles peut porter l'asymétrie ?

Cette dernière peut exister ou sur les condyles eux-mêmes, ce qui est le cas le plus fréquent, ou bien encore sur les branches montantes.

Envisageons chacun de ces cas.

Condyles a). Asymétrie condylienne proprement dite dans le diamètre transversal.

Si l'on examine un maxillaire inférieur posé à plat, par la face triturante des dents, on constate que les surfaces articulaires peuvent varier dans des proportions considérables dans le sens transversal.

Ces condyles peuvent varier non seulement d'un sujet à un autre, mais encore sur le même individu on peut constater des différences allant quelquefois jusqu'à 3 millimètres.

Point intéressant à signaler, dans les races inférieures, il semble que ce soit toujours le côté gauche qui présente le plus de développement, ainsi que l'on peut le voir par l'examen de la table suivante :

DIAMÈTRE TRANSVERSAL DES CONDYLES

	Droit.	Gauche.
Français.....	23	22,5
—	20,2	19
—	19,7	19
—	21,6	21,6
—	22	22
—	16,7	22
—	22,3	21,7
—	21,5	22,3
—	20,2	20,2
—	20,3	20,3
—	18,2	28,4
—	23,2	23,3
Roumain.....	22,5	22
Suédois.....	20	19
Arabe.....	17,5	18,7
—	20,3	18,3
—	18	25
—	17,3	17
—	21,3	23
—	19,5	18,5

Moyenne du condyle droit pour 197 = 21^{11/100}
Moyenne du condyle gauche pour 107 = 21^{11/100}

	Droit.	Gauche.
Arabe	20,6	21,6
—	22,5	21,3
—	19	19
—	20	20,4
—	19,5	17,8
Kabyle	22,3	22,3
—	22,3	32,2
—	23,4	22
Maure	17,5	16,6
—	20,4	20,7
Baianda	19	20,5
Soudanais	20,7	20
Bouni	20	21
Courougli	20,7	20,5
Cosaque	22,8	22,8
Mongol	20	20
Tartare	21,5	21
Tchoutkhy	23,2	24,1
Chinois	19,6	20,1
—	16	17
Esquimaud	22	21
Canaque	22,2	22,2
—	22,7	24
—	27	28,5
—	19	19
Tahitien	22,5	23
—	22	21
—	19,7	19
Hawaien	22,5	23,3
Néo-Hébridaïs	23,8	23,1
—	23,3	23
—	16,5	17,5
—	22,5	22,2
—	20,3	19,5
—	19,6	19,2
Néo-Calédonien	24,3	23,5
—	25	25
—	24,3	23
—	18,7	19
—	23,4	25
Néo-Zélandais	22,7	22,9
Néo-Guinéen	23	22,4
—	23	23,2
Dayack	19,8	20
—	19,2	21,5
—	19,2	17,4
—	18,4	25
Malais	20,7	21,3

Moyenne du condyle droit pour 197 = 21^m/_{mot}
 Moyenne du condyle gauche pour 197 = 21^m/_{mot}

	Droit.	Gauche.
Malais.....	21	21
—	20,4	20,7
—	19,3	20,7
—	20,1	20,6
—	20,2	20,2
Tasmanien.....	21,3	21,6
Japonais.....	20,7	20
Javanais.....	20	21,5
—	21	21,4
—	21	20,5
Toud.....	27,6	28,5
Australien.....	27,6	28,5
—	21	19,8
Tagal.....	22,2	22,8
Mangaréwa.....	23,5	22,4
—	22	24,5
Californien.....	20,6	20
Negríto.....	18	17
Indou	26,5	19,0
Syok	20,7	19,8
Mindanais.....	19	18,7
Archipel Gilbert.....	22	22
Banghi.....	22,6	23,2
Maory.....	20,5	22,5
Iles Loyalty.....	22	22
—	25,5	23,2
Amboinois.....	20,5	19,7
Hova.....	20	20,7
Patagon.....	24,3	24,5
—	22	24
—	22,6	23,5
—	20,5	21,6
—	21,6	22,3
—	22	23,4
—	22,6	22,8
—	15,7	16,6
—	23,2	24,1
—	21,6	22,6
Fuégien.....	25,3	25

Moyenne du condyle droit pour 107 = 21^{mm}/m^{0,4}
 Moyenne du condyle gauche pour 107 = 21^{mm}/m^{2,5}

Il y a là 107 crânes d'adultes à dentition complète, représentant toutes les races, et n'appartenant qu'à des individus mâles, je ne saurais trop insister sur ce point.

De l'examen attentif il résulte, comme on peut le voir, que les surfaces condyliennes peuvent varier du tout au tout, présentant une différence d'environ trois millimètres

sur le même sujet, alors que, lorsqu'on étudie des individus différents, il peut exister un écart de 12 millimètres 8, soit près de 13 millimètres.

Les minima sont rencontrés chez les Patagons avec 15,7, tandis que les maxima appartiennent aux Australiens avec 28,5 de diamètre transversal. Il semblerait même qu'il existe une relation inverse entre la taille de l'individu et le diamètre du condyle: plus le sujet serait grand, plus le diamètre des condyles serait petit.

b) *Asymétrie angulaire condylienne.*

Par rapport à la branche montante, on peut diviser les condyles en trois catégories qui sont les suivantes:

Ou bien les condyles sont situés perpendiculairement au col de la branche, et par conséquent les deux axes se confondront en un seul (c'est ce que l'on constate autant dire toujours chez l'enfant ne possédant que sa dentition temporaire), ou bien ceux-ci peuvent occuper une position plus ou moins oblique par rapport à la branche montante.

Ils peuvent présenter deux dispositions particulières:

I. *Inclinaison en haut et en arrière du bord condylien interne avec direction de l'axe vers le trou occipital.*

- a) Les angles obtenus sont égaux.
- b) Les angles obtenus sont différents.

II. *Inclinaison en bas et en avant du bord condylien interne avec direction vers la face buccale.*

- a) Les angles obtenus sont égaux.
- b) Les angles obtenus sont différents.

De ces différents cas, le tout premier que j'ai signalé comme existant autant dire toujours chez l'enfant, se rencontre cependant quelquefois chez l'adulte à dentition complète, mais seulement dans la proportion de 13 %. Cette disposition implique des mouvements de déduction au cours de la mastication et entraîne conséutivement chez les

individus dont l'alimentation est rudimentaire, des abrasions mécaniques caractéristiques des cuspides qui sont taillés en forme de plateaux.

L'asymétrie angulaire condylienne n'existe pas, par suite de la fusion des deux axes, cette première classification n'est donc signalée que pour la forme et pour mieux faire comprendre les deux autres.

La classification n° 1 est de beaucoup la plus fréquente et peut se rencontrer dans la proportion de 85 à 90 % des sujets étudiés. L'angle ainsi formé peut varier de 8 à 42° qui représente les maxima et les minima. Ou bien ces angles seront semblables des deux côtés, ou bien ils varieront et pourront être représentés respectivement par 10 et 40°, ainsi que je l'ai constaté, entraînant ainsi forcément des abrasions mécaniques caractéristiques et différentes des dents suivant le côté étudié.

Enfin, la classification n° 2 que l'on ne constate que très rarement et seulement dans la proportion de 2 % n'est signalée que pour la forme.

Enfin, dans certains cas qui sont rares chez l'adulte, mais assez fréquents chez le vieillard, on peut trouver d'un côté un condyle à angle buccal, tandis que, de l'autre côté, il existe un angle occipital. Tel est le cas pour un Tasmanien appartenant aux Galeries d'Anthropologie du Muséum.

Branches montantes. De même que nous avons vu les condyles varier dans des proportions considérables, de même pouvons-nous trouver des branches montantes différentes. Lorsque pareil fait se produit, on constate, en même temps que cette asymétrie de la branche montante, une asymétrie correspondante du diamètre transversal des condyles et de l'obliquité de ceux-ci (fig. 10). A mon avis, c'est surtout là qu'il faut chercher la cause des difficultés que nous rencontrons souvent dans la prise exacte de l'articulation, quels que soient les soins que nous apportions à cette opération.

Tels sont donc les points qu'il faut envisager dans l'asymétrie du maxillaire inférieur. De façon à pouvoir au cours

de mes recherches, me rendre rapidement compte de l'asymétrie plus ou moins grande existant dans les pièces anatomiques que j'étudiais, j'ai été amené à construire l'appareil que je vais avoir l'honneur de vous présenter. Je me suis servi à cet effet d'un ancien microscope pour coupes de cerveau, possédant à la partie inférieure un chariot à cré-

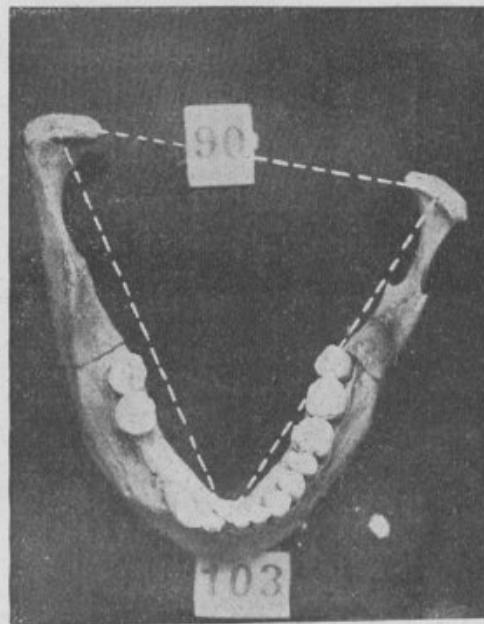


Fig. 10.

Maxillaire inférieur asymétrique comme branches montantes, diamètre des condyles et obliquité de ceux-ci. Le chiffre 90 indique l'angle sous lequel est vu ce maxillaire, et le chiffre 103, le diamètre inter-condylien moyen.

maillère que l'on peut faire avancer ou reculer à volonté. Sur ce chariot, j'ai adapté une pièce à genouillère pouvant s'incliner à 90°, et supportant elle-même un plateau sur lequel est fixé le maxillaire à mesurer. A la base antérieure du chariot est fixé un index fixe servant à indiquer sur le rapporteur du plateau supérieur l'inclinaison donnée à celui-ci (fig. 11).

La partie supérieure du statif est composée d'un tube à crémaillère sur lequel est monté, non un objectif, mais un pied à coulisse pouvant se régler à volonté au moyen de vis,

et portant trois pointes d'acier glissant dans des gaines où elles sont maintenues par des vis de pression.

Le plateau étant placé à 90°, ainsi qu'on peut s'en rendre compte par la figure 11, et le maxillaire inférieur à étudier étant posé à plat et maintenu dans cette position, on abaisse

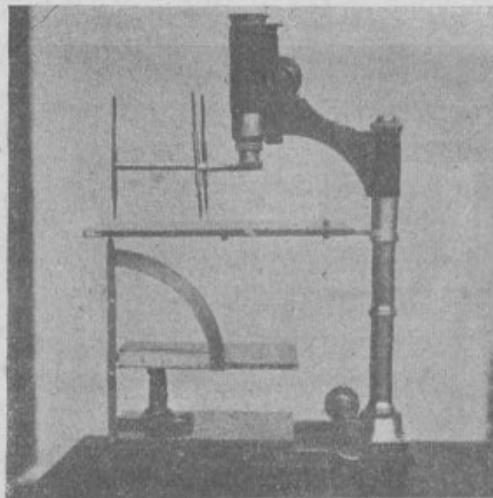


Fig. 11.
Appareil replié avant de s'en servir.

la partie supérieure (fig. 12), et l'on fait venir en contact les deux pointes latérales avec le milieu du condyle, tandis que le bord libre des incisives est indiqué par la pointe centrale. Cette opération étant effectuée, et les vis de pression ayant été serrées, on relève la crémaillère et lorsqu'elle est parvenue au bout de sa course, on fait pivoter sur son axe cette dernière, et on l'abaisse jusqu'à ce que les pointes, dont les vis de pression ont été au préalable desserrées, viennent affleurer le plateau situé à l'arrière. Sur celui-ci est posée une feuille de papier millimétrique maintenue dans une position immuable au moyen de rainures. Les vis de pression sont alors serrées à nouveau, et l'on fait appliquer fortement les pointes sur le papier, de façon à y marquer l'emplacement exact des condyles et du bord libre des incisives (fig. 13).

On obtient ainsi les dimensions absolument exactes du maxillaire étudié sous un angle de 90° .

Si au lieu de l'étudier à 90° , on veut l'étudier à 75° , 50° , 30° , on reporte les pointes en avant, et l'on effectue à nouveau les mêmes opérations que l'on a faites antérieurement en ayant soin, cela va de soi, d'incliner au pré-

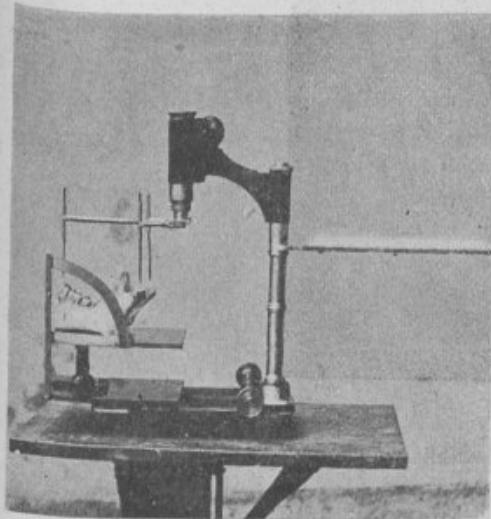


Fig. 12.
Prise des dimensions d'un maxillaire inférieur
vu à 90 degrés.

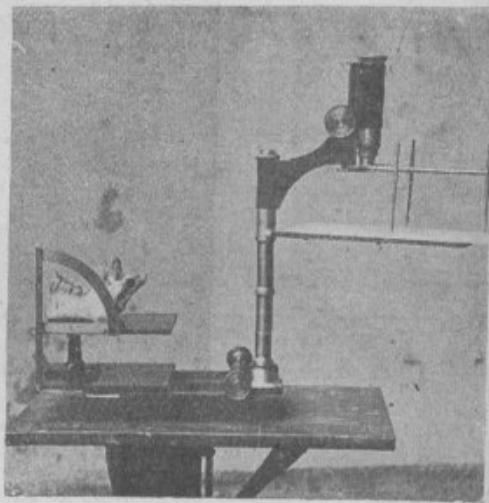


Fig. 13.
Les dimensions obtenues sont reportées sur la
feuille de papier millimétrique.

table au degré voulu, le plateau qui supporte le maxillaire (fig. 14).

On constatera au fur et à mesure que l'on inclinera le plateau que la figure ou plutôt le dessin obtenu se transforme du tout au tout, et seulement en ce qui concerne la portion labiale correspondant au bord libre des incisives, et pour peu que l'on étudie un maxillaire ne présentant pas d'asymétrie de la branche montante, mais dans lequel il est impossible d'inscrire le triangle équilatéral de Bonwill, alors qu'on voit ce maxillaire sous un angle de 90° , on verra peu à peu, par suite de l'inclinaison du plateau, le dessin obtenu se transformer et se rapprocher insensiblement du triangle équilatéral de Bonwill. Comme on le voit, il y a

encore ici une question d'orientation sur laquelle je reviendrai d'ici peu.

Je m'excuse de m'être ainsi étendu aussi longuement sur

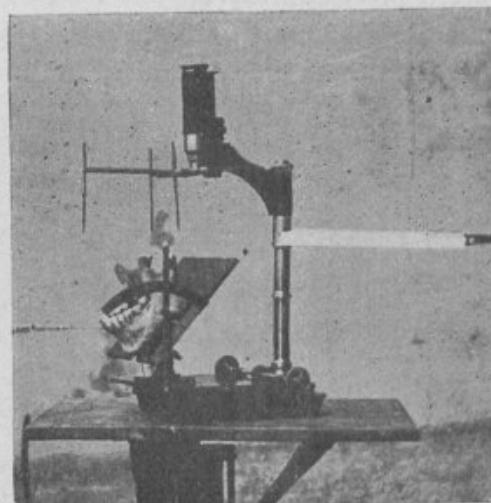


Fig. 14.

Prise des mesures sur le même maxillaire incliné à 50 degrés.

ce sujet, mais je considère qu'il était de mon devoir de tenir la promesse que j'avais faite de démontrer que la théorie dite du triangle équilatéral de Bonwill n'a jamais été qu'une vue de l'esprit de la part de son inventeur et qu'elle ne rime à rien de sérieux.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

VISITE DE M. LE SÉNATEUR STRAUSS A L'ÉCOLE DENTAIRE DE PARIS

M. le sénateur P. Strauss a visité le Dispensaire militaire de l'École dentaire de Paris et le Comité de secours, le vendredi 19 novembre. Il venait en qualité de membre de la Commission supérieure consultative du service de santé se rendre compte du fonctionnement de ces œuvres.

Il a été reçu par le directeur, M. Godon, le directeur-adjoint, M. Blatter, et M. d'Argent, vice-président, qui lui ont montré les services du Dispensaire militaire dirigés par M. G. Villain, la clinique de chirurgie dentaire, la dentisterie opératoire, le service des inaptes. Il a été vivement frappé par les résultats de ce dernier qui permet de rendre à l'armée de nombreux militaires bons pour le service armé, mais inaptes à faire campagne. Il a été d'autant plus étonné lorsqu'il lui a été dit qu'une moyenne de 250 militaires par jour étaient traités au Dispensaire. D'ailleurs le chiffre de 37,201 opérations faites depuis le début et la pose de 2,322 appareils sont une preuve éloquente de l'activité de ce Dispensaire. Ce travail considérable est fourni par des chirurgiens-dentistes et des mécaniciens-dentistes mobilisés à l'École, dont le nombre est insuffisant en raison du développement que prend chaque jour le Dispensaire.

Ensuite M. Strauss a visité le Comité de secours aux blessés, où il a été reçu par MM. Roy et P. Martinier. Ce service l'a vivement impressionné. Il a exprimé son admiration pour les résultats obtenus sur les mutilés de la face et des maxillaires. Il a été très intéressé par l'ingéniosité de différents appareils dont la construction varie suivant les cas et qui prouvent que le dentiste doit être dans ce genre de restaurations le collaborateur indispensable du chirurgien.

MM. Roy et Martinier ont montré également à M. le sénateur Strauss divers cas de prothèse crânienne dont les résultats sont véritablement remarquables. D'ailleurs l'œuvre de ce Comité et celle du Dispensaire se continuent dans les services dentaires créés par le Service de santé à l'hôpital du Lycée Michelet, où le personnel du Comité et du Dispensaire se rendent chaque semaine et dont l'installation a été assurée par l'École dentaire de Paris.

La visite s'est terminée par les laboratoires de prothèse.

Il a été signalé à M. Strauss que l'École dentaire de Paris a encore une autre charge : celle d'assurer, dans son dispensaire civil, des soins à la population indigente de Paris, ce qui remplace

en quelque sorte les services dentaires des hôpitaux dont les titulaires sont pour la plupart mobilisés. D'ailleurs le personnel enseignant de l'Ecole prête le concours le plus dévoué à l'Assistance publique de Paris pour assurer le fonctionnement de ses services.

M. Strauss, avant de quitter l'Ecole, a adressé des remerciements et des félicitations à la Direction et au personnel.

Nous profitons de cette occasion pour exprimer à M. le sénateur Strauss notre reconnaissance pour le rôle efficace qu'il a joué à la Commission supérieure consultative du Service de santé, où il a préconisé, on se le rappelle, *l'utilisation intensive des écoles dentaires*, et à laquelle il a présenté un projet d'organisation de services dentaires militaires¹. En nous quittant, il a promis de s'attacher encore davantage aux intérêts de l'Ecole et des dentistes.

LES SERVICES DENTAIRES DE L'ARMÉE ET LES CHIRURGIENS-DENTISTES

M. Joseph Denais, député, a reçu la lettre suivante, que lui a adressée le Sous-secrétaire d'Etat au Service de santé, touchant la situation des chirurgiens-dentistes aux armées :

Monsieur le Député et cher Collègue,

Vous avez bien voulu appeler mon attention sur la situation faite à certains chirurgiens-dentistes diplômés, affectés, comme gradés, à des formations combattantes, qui sont astreints à rendre leurs galons lorsqu'ils sont versés dans les sections d'infirmiers militaires pour y exercer leur art et vous m'avez exprimé le désir de connaître les instructions qui régissent cette matière.

J'ai l'honneur de vous informer qu'il n'existe aucune instruction spéciale concernant les chirurgiens-dentistes qui se trouvent dans les unités combattantes. Les professionnels de cette catégorie sont utilisés par le Service de Santé, suivant les besoins et pour satisfaire à la loi du 17 août 1915, on prend, parmi les non-gradés, tout d'abord ceux qui appartiennent définitivement au service auxiliaire, puis à la réserve de l'armée territoriale, et enfin aux plus anciennes classes de la territoriale.

Les gradés des différents corps qui demandent à être versés en qualité de dentiste dans les sections d'infirmiers militaires, ne peuvent y être admis que comme soldats, aucune vacance de leur grade n'existant dans les dites sections, et, en outre, les vacances qui viennent à se produire étant réservées aux infirmiers que leurs services aux armées ou sur le territoire ont particulièrement désignés.

L'instruction sur le service courant prévoit, d'ailleurs, que le

1. V. *Odontologie* du 30 mars 1915, p. 49.

militaire gradé, qui demande à changer de corps pour convenances personnelles, doit consentir à rendre ses galons si le chef de corps dans lequel il désire passer ne lui réserve pas d'emploi vacant dans son grade.

Agréez, Monsieur le Député et cher Collègue, l'assurance de ma haute considération.

JUSTIN GODART.

Nous empruntons à la DÉPÈCHE de Toulouse du 14 octobre 1915 l'intéressant article suivant, dû à notre confrère M. le Dr Sauvez.

LE SERVICE DE SANTÉ

AU SUJET DES DENTISTES

Une mise au point. Quelques commentaires. Ce qu'il faudrait faire.

La *Dépêche* a publié récemment un entrefilet sur la très intéressante question des chirurgiens et des mécaniciens-dentistes.

Il nous faut reprendre la question et l'éclairer de quelques commentaires. Il ne s'agit pas seulement de rémunération des mécaniciens-dentistes, précieux auxiliaires des chirurgiens. Nous devons agrandir le débat et revenir à des principes dont on comprendra tout à l'heure l'importance.

Lorsqu'on s'est rendu compte de la nécessité de créer des pharmaciens auxiliaires, il semblait logique que l'on dût donner aux chirurgiens-dentistes la même place dans l'armée. N'oublions pas qu'ils rendent autant de services et sont aussi utiles à la patrie que les pharmaciens.

D'après l'instruction générale certifiée par le titre de chirurgien-dentiste (études médicales approfondies d'une durée de cinq années : deux ans de stage et trois ans de scolarité), il conviendrait de donner à tous les détenteurs de diplômes le rang auquel ils ont droit dans les services médicaux, et cela à l'instar des armées anglaise, japonaise et allemande, où le chirurgien-dentiste est assimilé aux médecins aides-majors.

Quelle autorité, en principe, peut avoir un chirurgien sur un simple soldat mobilisé et en particulier sur le mécanicien qui est son auxiliaire immédiat ? L'influence du chirurgien doit s'exercer sur tous les éléments de la clinique et cette direction est justifiée par les connaissances acquises. Cependant il ne peut manifester cette autorité, car il n'a aucun galon.

Les directions des services de santé comprendront, sans que nous ayons besoin d'insister, que des réformes utiles et complémentaires s'imposent.

Pourachever notre information nous avons demandé à M. le

directeur du Service de Stomatologie de la région quelques explications que nous pouvons ainsi résumer :

« La situation faite au personnel d'infirmiers techniques, chirurgiens-dentistes diplômés, est inférieure à ses connaissances tant générales que professionnelles. Ils sont validés par trois examens dont deux portent sur les sciences médicales et un sur la partie technique, indépendamment d'une culture générale assez importante.

« La guerre actuelle qui a produit entre autres grands blessés ceux de la face, a permis d'apprécier les inestimables services que rendent à la stomatologie des hommes avisés, ayant la pratique des opérations et l'habitude d'une profession qui réclame à la fois de la science, de l'application et de la délicatesse. Les résultats obtenus se font déjà sentir.

« On a redonné à la France des combattants et le nombre des infirmes étant réduit à son minimum, grâce à la stomatologie et aux soins dentaires, il y eut moins de réformes et aussi moins de pensions à servir. Economie pour l'Etat, par conséquent.

« Il ne serait pas mauvais non plus que les chirurgiens-dentistes eussent une autorité sur leurs malades pour la libre application de leur savoir et de leur méthode. »

De ce qui précède, il résulte que les hommes de bonne volonté dont nous parlons, les chirurgiens-dentistes, mériteraient d'être assimilés aux médecins auxiliaires qui ont un galon en temps de paix, à la condition qu'ils aient douze inscriptions à la Faculté de médecine. Et ajoutons qu'en temps de guerre un moins grand nombre suffit à leur nomination. Chacun à sa place selon son mérite. C'est justice, surtout à présent.

GROUPEMENT FÉDÉRAL DES SYNDICATS DENTAIRES DE FRANCE

Le Groupement fédéral des syndicats dentaires de France a adressé, le 21 octobre dernier, aux membres de la profession une circulaire exposant les propositions qu'il a faites au Sous-sécrétariat du Service de santé touchant l'organisation du service dentaire dans l'armée. Le Groupement invite les confrères à faire appel à toutes les influences dont ils disposent pour faire aboutir leurs justes revendications.

LE SERVICE MILITAIRE ET LES CHIRURGIENS-DENTISTES

Notre confrère, M. Pincemaille (de St-Amand, Cher), actuellement au 85^e régiment d'infanterie à Cosne (Nièvre), a écrit à notre Directeur pour nous féliciter de nos démarches en vue de

l'amélioration de la situation militaire des chirurgiens-dentistes.

Il nous dit entre autres.

« C'est avec plaisir que je lis le dernier numéro de *L'Odontologie*.

« Toujours prête à défendre les intérêts supérieurs de la profession et à la guider dans sa marche ascensionnelle, elle vous devra bientôt, je l'espère, une de ses plus belles victoires : la reconnaissance officielle de son utilité dans l'armée..... »

Dentiste de son régiment, il a été chargé par le médecin de celui-ci de préparer un rapport sur l'utilité de la création d'un service de prothèse dentaire au dépôt, rapport qui a été adressé au commandant du dépôt. Il insiste dans ce document sur les heureux effets qu'aurait cette création.

LES DENTS DE NOS SOLDATS

Le 11 novembre, le général Meunier, gouverneur de Lyon, et le général Barrau, commandant la subdivision de Grenoble, se sont rendus à la caserne Vinoy, pour visiter le service de stomatologie et de prothèse dentaire de la place de Grenoble, récemment aménagé dans les locaux militaires.

Ce service, organisé et administré par le Dr A. Jambon, médecin-chef du service du dépôt du 140^e régiment d'infanterie, fonctionne sous la direction technique du Dr Dalban et de M. Dabadie, deux spécialistes en art dentaire de notre ville ; il est destiné à doter d'appareils les soldats dont la mauvaise dentition rendrait impossible le séjour au front.

Nos chefs militaires n'ont pas ménagé leurs éloges pour la bonne organisation et le fonctionnement parfait de ce service.

ERRATUM

Les noms de MM. Pierre Robin et G. Villain ont été omis par erreur dans la liste du Comité de patronage de l'*Aide confraternelle aux dentistes français et belges victimes de la guerre* publiée p. 230 et 231 de notre dernier numéro.

AVIS

Nous prions tous les chirurgiens-dentistes et les mécaniciens-dentistes qui sont mobilisés de nous faire connaître leur nom, leur situation et leur adresse militaire. Ces indications ont surtout de l'intérêt pour ceux qui appartiennent au service auxiliaire ou à la R. A. T.

Prière de les adresser au Secrétaire général de l'Ecole dentaire de Paris, 45, rue de La Tour d'Auvergne, Paris.

NOUVELLES

Ecole dentaire de Paris.

Par décision du Conseil d'administration de la Société de l'Ecole et du Dispensaire dentaires de Paris du 9 novembre 1915 la démission de professeur titulaire de M. P. Martinier a été acceptée et sa nomination de professeur honoraire a été prononcée.

On se rappelle que M. P. Martinier a été nommé membre du jury de la collation du grade de chirurgien-dentiste à la Faculté de médecine et que nous avons annoncé cette nomination dans notre numéro du 30 octobre dernier.

Par décision du même jour, MM. H. Villain et Darcissac ont été nommés professeurs titulaires.

Nous leur adressons nos félicitations.

Diplôme de chirurgien-dentiste.

Une session d'examen de validation de stage dentaire s'est ouverte à la Faculté de médecine de Paris, le 18 octobre 1915.

Une session pour les 1^{er}, 2^e et 3^e (1^{re} partie) examens de fin d'année qui déterminent la collation du titre de chirurgien-dentiste de la Faculté de médecine de Paris s'est également ouverte le 18 octobre (nouveau régime).

Enfin, une session d'examen pour le diplôme de chirurgien-dentiste s'est ouverte aussi le 18 octobre à cette Faculté pour l'ancien régime.

Mariage.

Nous apprenons le mariage de M^{me} Jeanne Rhein, de Paris, avec M. Herman Michel.

Nous adressons nos vœux de bonheur aux nouveaux époux.

Société d'Odontologie de Paris.

Une séance de démonstrations pratiques de la Société d'Odontologie a eu lieu le dimanche 14 novembre 1915, à 9 heures et demie du matin, à l'Ecole dentaire de Paris avec l'ordre du jour suivant :

M. Pont (de Lyon). — Restauration faciale avec la pâte maléable.

MM. Roy et Martinier. — Présentation de malades et d'appareils pour le traitement des brides cicatricielles.

M. Frey. — Prothèse restauratrice, une année d'expérience ; quelques conclusions.

M. G. Villain, — La nécessité des soins dentaires dans l'armée, quinze mois d'expérience.

De nombreux confrères ont assisté à cette réunion qui présentait un caractère d'actualité tout particulier et dont nous rendrons compte dans un prochain' numéro.

Ajoutons que, d'après une décision prise par le Conseil d'administration de la Société de l'Ecole et du Dispensaire dentaires de Paris, une séance semblable aura lieu dorénavant chaque mois, autant que possible, en attendant que les circonstances permettent à la Société d'Odontologie de reprendre ses réunions du soir.

A l'Ordre du Corps d'armée.

Nous publions avec plaisir la citation à l'ordre du corps d'armée dont a été l'objet notre confrère M. Chameau, auquel nous adressons nos félicitations.

Le 1^{er} mai 1905.

ORDRE DU CORPS D'ARMÉE N° 92.

Le général commandant le 2^e corps d'armée adresse ses félicitations aux officiers et hommes de troupe dont les noms suivent :

17^e régiment d'artillerie

Sous-lieutenant de réserve Chameau

A assuré avec le plus absolu dévouement le service très dur des canons de tranchée, donnant à tous l'exemple du devoir et exaltant le moral de ses hommes très éprouvés par le tir en ennemi.

Le général commandant le 2^e corps d'armée : GERARD.

Un service dentaire au camp de prisonniers de Minden

Nous avons pu, grâce aux échanges de prisonniers appartenant au Service de santé, avoir des nouvelles exactes de notre confrère J. Raymond, démonstrateur à l'Ecole dentaire de Paris.

Mobilisé avec le grade de sergent au 245^e d'infanterie à Mau-beuge; il fut dès son arrivée au corps appelé à l'hôpital sanitaire de cette place comme sergent infirmier; quelques jours après, il y remplissait la fonction de médecin auxiliaire.

A la reddition, il fut interné à Minden (Westphalie), ainsi qu'un certain nombre de blessés; il continua dans ce camp ses fonctions de sergent-infirmier. En même temps, grâce à quelques instruments de dentisterie élémentaire qu'il avait fait venir de France, il donnait des soins à tous ses compagnons de captivité.

Enfin, sur son initiative et à la suite de démarches quelque peu délicates il s'est fait apprécier et a réussi à obtenir de la

Kommandantur l'agencement sommaire d'un cabinet dentaire à la tête duquel il est placé dans l'infirmerie même du camp de Minden, pour le service exclusif des prisonniers français.

Une réclame.

On nous communique le prospectus ci-dessous qui se passe de commentaires.

M^{me} et M. Jayat, mécaniciens-dentistes, ont l'honneur d'informer le public qu'ils viennent d'installer un cabinet dentaire, 23, Rue Raphaël, Le Puy (Haute-Loire).

OPÈRENT SANS INSTRUMENT ET SANS DOULEUR.

Plombage, dentiers de tous systèmes.

M. Jayat opérera gratuitement MM. les militaires, émigrés et indigents.

Renseignements sur les sociétaires, confrères et élèves mobilisés.

Anatole (Jules), 5^e colonial, 2^e C¹e, blessé au Four de Paris, le 17 mars 1915, en congé de convalescence, 99 bis, rue de Reuilly.

Avézous, ambulance 11-16, secteur postal 138.

Assouin, infirmier, état-major 6^e dragons, secteur postal 4.

Bellocq, 60^e d'infanterie, 26^e C¹e, Besançon (Doubs).

Blau, infirmier, armée d'Orient, secteur postal 502.

Bourgeois, caporal infirmier, C. H. R., 37^e territorial, secteur postal 56.

Borde, infirmier, hôpital d'Angers.

Blatter, Ecole dentaire de Paris.

Bruschera, caporal infirmier, 343^e d'infanterie, secteur postal 175.

Bennejeant, médecin aide-major, 98^e d'infanterie, 1^{er} bataillon, secteur postal 100.

Chalut, centre de prothèse, Nancy.

Charbonnier, 153^e d'infanterie, Pézenas (Hérault).

Caritz (Robert), 40^e d'artillerie, 3^e batterie, secteur postal 32.

Chesneau (Emile), infirmier, 101^e d'infanterie, Dreux (Eure-et-Loir).

Crocé-Spinelli, Ecole dentaire de Paris.

Chaudouet, dentiste du dépôt du 122^e d'infanterie, Rodez (Aveyron).

(A suivre.)

Avis.

Des difficultés d'ordre matériel nous ont empêchés de faire paraître les numéros d'octobre et de novembre 1915 à leur date du 30 ; nous nous en excusons auprès de nos lecteurs.

L'ODONTOLOGIE

TRAVAUX ORIGINAUX

LE TRAITEMENT DES BLESSURES DE GUERRE DE LA RÉGION MAXILLO-FACIALE

Quelques procédés de technique appliqués au Comité de Secours
aux Blessés des Maxillaires et de la Face

Par MM.

MAURICE ROY,

Président et chef du service clinique
du Comité.

PAUL MARTINIER,

Chef du service technique
du Comité.

(Conférence à la Société d'Odontologie de Paris, 25 juin 1915.)

La guerre a apporté dans la chirurgie en général des modifications importantes en posant d'une façon constante des problèmes de thérapeutique chirurgicale qui ne se présentaient que d'une façon tout à fait exceptionnelle dans la chirurgie du temps de paix. Grâce à des débridements larges, à une surveillance patiente et attentive des plaies, à la désinfection minutieuse des foyers de fracture, la plupart des chirurgiens, en France, malgré des conditions en apparence des plus défectueuses ont pu réaliser, dans les fractures des os des membres, une thérapeutique conservatrice sur les avantages de laquelle il est, je pense, inutile d'insister.

Le traitement des fractures des mâchoires n'a pas, lui non plus, échappé aux transformations notées en chirurgie générale, et, si les principes généraux qui dirigent le traitement des fractures des mâchoires ont toujours été le guide des interventions thérapeutiques qui ont été pratiquées, il s'en faut de beaucoup que ces principes aient pu, dans l'immense majorité des cas, être appliqués dans leur intégralité. En effet, les fractures des mâchoires, que l'on ren-

contre si nombreuses dans cette guerre de tranchées où la tête est l'une des régions les plus fréquemment atteintes, différent essentiellement de celles que l'on rencontre dans la pratique du temps de paix. Celles-ci sont ordinairement des fractures par causes indirectes, fractures comminutives sans doute dans la plupart des cas, mais sans perte de substance osseuse et généralement sans plaie cutanée communiquant avec le foyer de fracture. Les fractures par armes à feu, au contraire, sont dans presque tous les cas, des fractures par causes directes, toujours avec des esquilles plus ou moins nombreuses et souvent extrêmement étendues, elles sont toujours accompagnées de plaies cutanées et très souvent de délabrements considérables.

Il résulte déjà de ces conditions particulières des fractures par armes à feu des difficultés très grandes de traitement, mais il faut encore ajouter à ces considérations, qui tiennent à la nature des blessures elles-mêmes, une autre complication qui, quoique de nature différente, n'en est pas moins très importante, nous voulons parler *du délai généralement très grand qui s'écoule entre le moment de la blessure et celui où le dentiste est appelé à intervenir*.

En effet, les chirurgiens sont le plus souvent peu au courant du traitement rationnel de ces fractures qui, étant très rares dans la pratique civile, ont peu attiré leur attention ; d'autre part ils sont imbus d'un préjugé extrêmement tenace : c'est que ces blessés n'ont besoin de l'intervention du dentiste que quand leurs plaies sont cicatrisées et que tout processus de suppuration a disparu. Or, on ne saurait trop le répéter, c'est là une erreur des plus préjudiciables à tous les blessés des mâchoires, mais cette erreur est tellement ancrée dans les esprits que, seuls, ont pu s'en débarrasser les chirurgiens qui ont vu par eux mêmes les résultats obtenus grâce à une intervention prothétique précoce, résultats parfois merveilleux. *Disons donc et répétons sans nous lasser qu'une intervention prothétique précoce empêche toujours (et souvent d'une façon absolument complète) les infirmités fonctionnelles et les dé-*

formations faciales résultant des fractures des mâchoires et que par conséquent la plupart des blessures de cette région perdraient une notable partie de leur gravité si le chirurgien faisait appel dès le début au concours du dentiste puisque le traitement des fractures des mâchoires est exclusivement du domaine de celui-ci, ce que l'expérience de cette guerre a démontré avec une évidence capable de convaincre les plus réfractaires.

Les diverses complications avec lesquelles nous sommes journellement aux prises nous ont donc obligé à modifier profondément la technique habituellement suivie dans les fractures des mâchoires, technique qui ne nous permettait pas, dans la généralité des cas, d'obtenir la réduction et la contention dans des conditions satisfaisantes.

Nous exposerons dans un instant les principaux procédés auxquels nous avons eu recours, mais nous dirons tout de suite que, tout en cherchant à obtenir les résultats les plus parfaits, eu égard aux délabrements en présence desquels nous nous trouvons, nous nous attachons dans l'ensemble à la réalisation des desiderata suivants :

1° Construire des appareils aussi simples que possible ; c'est ainsi que nous ne recourrons presque jamais aux appareils extra-buccaux, sauf à la fronde élastique dans quelques cas ;

2° Combiner des appareils d'un nettoyage facile, ne gênant en aucune manière le traitement des lésions coexistantes et permettant la désinfection parfaite des foyers de fractures, soit par la voie buccale, soit par la voie cutanée ;

3° Réduire au minimum la gêne que les appareils entraînent pour leurs porteurs ;

4° Enfin, rétablir le plus rapidement possible les mouvements masticatoires qui sont un facteur utile dans la consolidation des fractures et dans l'amélioration de l'état général.

* * *

Vous allez pouvoir juger dans un instant des résultats que nous avons obtenus ; mais ce que nous tenons à dire dès le début, c'est que ces résultats n'ont été réalisés que grâce

à la collaboration intime de tous les membres du Comité. Toutes nos interventions en effet sont discutées en commun et, si en raison de notre expérience préalable de ces questions nous avons été les directeurs de l'œuvre commune, nous avons été en même temps les coordinateurs des efforts, des idées de tous pour en faire cet ensemble qui est représenté par l'œuvre réalisée depuis dix mois (dix-sept mois maintenant) par le *Comité de secours aux blessés des maxillaires et de la face*¹.

Nous nous excuserons si, au cours de ces présentations, nous ne pouvons citer que quelques-uns de nos collaborateurs car ils devraient tous l'être, mais nous sommes heureux de les remercier tous ici du concours si précieux et si dévoué qu'il nous ont apporté, sans un instant de répit, pour le soulagement de nos chers blessés.

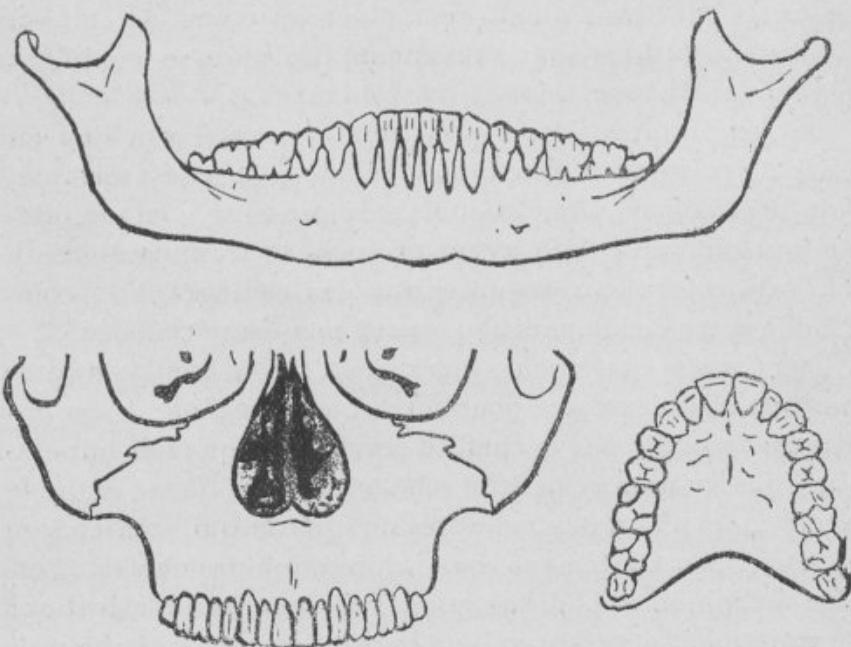
Les présentations que nous allons faire seront forcément incomplètes, nous ne pourrons vous présenter que quelques-uns de nos blessés parmi les plus intéressants mais nous les avons choisis de manière à vous donner une idée générale de la multiplicité des problèmes, avec lesquels nous nous trouvons aux prises, et nous vous les présenterons suivant un ordre méthodique autant que possible.

Avant de vous faire ces présentations, nous vous indiquerons en quelques mots comment nous constituons notre documentation pour les études que l'ensemble des travaux du Comité pourront susciter ultérieurement. Chaque blessé est inscrit à son entrée avec un numéro d'ordre, son observation est prise ainsi que des empreintes-témoin qui permettront d'étudier son cas et de juger ultérieurement des résultats obtenus. Chaque malade est pourvu

1. Ce Comité, fondé par l'Ecole dentaire de Paris le 5 août 1914 est la première œuvre créée pour le traitement des blessures des mâchoires. Il fut fait appel pour sa constitution à tous les confrères non mobilisés. Dès sa fondation, des conférences et des démonstrations pratiques furent faites par les deux chefs de service pour mettre les membres du Comité au courant de la technique spéciale des lésions des mâchoires et de la face, si bien que, dès l'arrivée des premiers blessés à Paris, le Comité disposait d'un personnel bien préparé. Les premiers blessés ont été admis le 5 septembre 1914 et au 30 décembre 1915, il en a été traité 625. Depuis le 15 juillet 1915, le Comité est en outre chargé d'assurer le service d'une importante ambulance des mutilés de la face à l'hôpital Michelet à Vanves où il a traité déjà 400 blessés.

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

COMITÉ DE SECOURS AUX BLESSÉS
DES MAXILLAIRES ET DE LA FACE



Nom : _____ No _____

DIAGNOSTIC : _____

Fig. 1. — Réduction des fiches établies pour chacun des blessés du Comité de secours. On indique au crayon bleu sur les schémas la direction et l'étendue des traits de fracture et des pertes de substance osseuse.

Le Laboratoire de Prothèse **E. MORALE**

PARIS + 43, Rue Saint-Georges + PARIS

Vous donnera toute satisfaction

En vous y adressant, vous aurez :

— DE LA PROTHÈSE SOIGNÉE ! —
— LIVRÉE AVEC EXACTITUDE ! —
— AU MEILLEUR MARCHÉ ! —
— FOURNITURE DE 1^{RE} QUALITÉ ! —

Service extra-rapide pour la Province

N'hésitez pas à confier vos travaux au

Laboratoire E. MORALE

vous aurez vite acquis la certitude que c'est un des meilleurs laboratoires.

E. MORALE et C^{ie}, 43, rue Saint-Georges, Paris

— Téléphone 125-36 —

TARIF SUR DEMANDE

RÉDUCTION OSSEUSE.

La réduction des fragments peut être obtenue *extemporanément*, c'est le cas pour la plupart des fractures récentes, elle peut au contraire n'être obtenue que par des procédés de *réduction lente* c'est ce qui se passe dans la plupart des fractures anciennes.

1^o Réduction *extemporanée*.

A. — *Réduction extemporanée typique*. — C'est la réduction classique. On prend, vous le savez, une empreinte de la mâchoire inférieure *sans s'occuper de réduire la fracture* et une empreinte de la mâchoire supérieure. On coule les modèles, on sectionne le modèle inférieur au niveau du ou des traits de fracture et on articule chacun des fragments ainsi obtenus en occlusion normale avec le modèle de la mâchoire supérieure en s'aidant pour cela des données anatomiques et des repères fournis par les facettes d'usure des dents.

Les fragments ainsi fixés, les modèles supérieurs et inférieurs sont montés sur un articulateur et l'on obtient ainsi un modèle reproduisant la mâchoire inférieure réduite en bonne position. On confectionne alors, sur ce modèle réduit, une gouttière en caoutchouc ou en métal et cette gouttière est placée dans la bouche en forçant les fragments à s'y loger régulièrement. La fracture est ainsi réduite en bonne position et immobilisée dans la gouttière qui est scellée sur les dents au ciment.

Ce mode de réduction dont la simplicité et la rapidité sont remarquables est applicable dans presque tous les cas de fracture récente *qu'il y ait ou non perte de substance* ; c'est ce mode de réduction que nous avons employé chez les blessés **W... N° 1, R... N° 5**, par exemple chez lesquels, comme vous le voyez, il y avait fracture simple sans perte de substance ¹, et également chez d'autres comme **G... N° 94**, qui avait une large perte de substance de la portion alvéolaire ou **L... N° 382**, qui a une perte de substance importante de la branche horizontale de la mâchoire comprise entre les deux premières prémolaires ².

1. Le soldat **R... N° 5** a été soigné au Comité par M. Fourcade.

2. Le soldat **L... N° 382** a été soigné au Comité par M. S. Kritchewski.

Malheureusement le nombre des blessés auxquels nous avons pu appliquer ce mode de *réduction typique* est très restreint puisque, pour qu'il soit appliqué, il est indispensable que les fractures soient récentes. Or, ainsi que nous vous le disions, la majeure partie de nos blessés ne nous ont été adressés qu'après des retards souvent considérables et il arrive parfois qu'un délai d'une semaine, écoulé après la blessure, rende irréductible extemporanément une fracture qui l'était primitivement !

Nous n'avons pas le loisir de vous parler ici des causes de déviation des fragments fracturés, c'est là un sujet classique que vous trouverez dans tous les traités, mais ce qu'il faut dire c'est que ces causes peuvent être aisément vaincues sans anesthésie au bout de quelques jours tandis que, au bout de quelques semaines, elles ne peuvent plus l'être extemporanément même sous l'anesthésie générale en raison de causes diverses : contractures musculaires, réflexes et cicatricielles ; enchevêtement des fragments maintenu par le tissu fibreux de cicatrice ; déplacements de dents dû au manque de dents antagonistes ou aux rapports anormaux de celles-ci ; début de consolidation, etc., etc. Il est donc nécessaire dans ces cas de recourir à un autre mode de réduction, la *réduction lente*.

Cependant dans un certain nombre de cas, malgré des conditions très défectueuses, nous avons pu obtenir *extemporanément* des réductions très satisfaisantes grâce à l'emploi de certains artifices, c'est ce que nous appelons la *réduction extemporanée atypique*.

B. — *Réduction extemporanée atypique*. — Une des conditions essentielles pour pratiquer la réduction typique, c'est que les dents des deux mâchoires puissent retrouver leur engravement normal primitif. Or, chez certains blessés, soit par suite de destruction de tissu, soit par suite de déviation, d'elongation, d'absence de certaines dents, ces rapports primitifs ne peuvent plus être rétablis et cependant, avec une force modérée, il est possible de ramener extemporanément dans une situation sensiblement normale les frag-

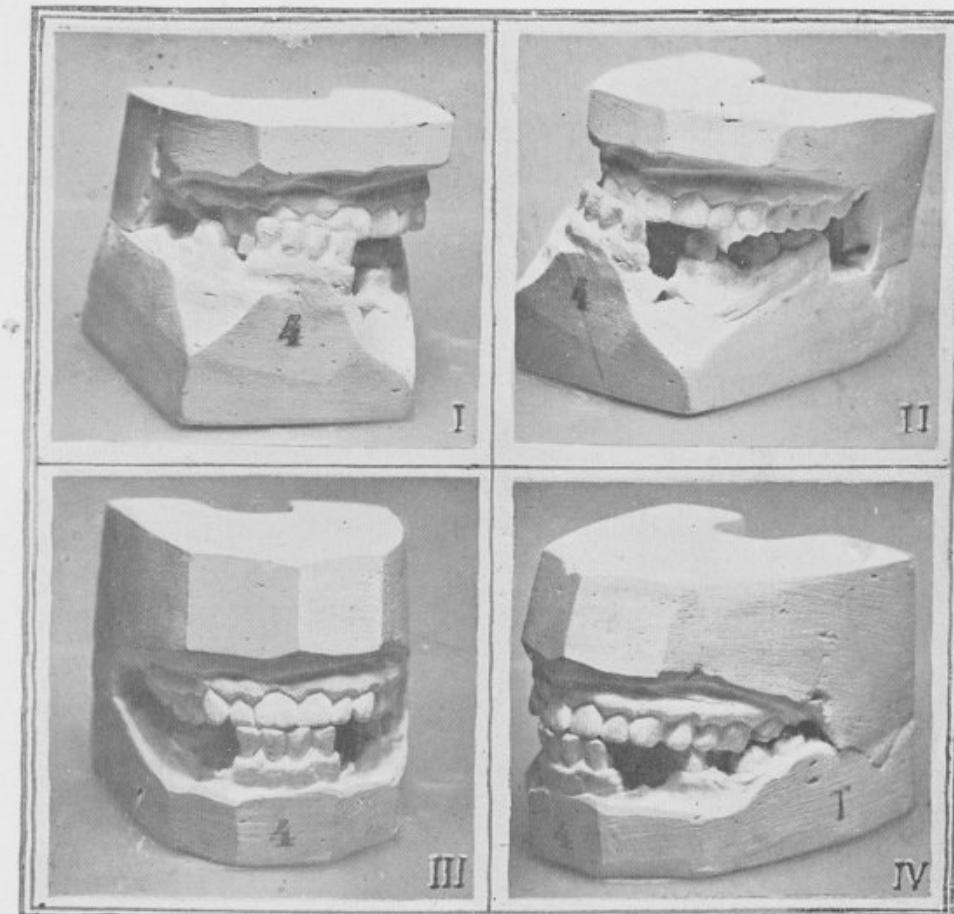
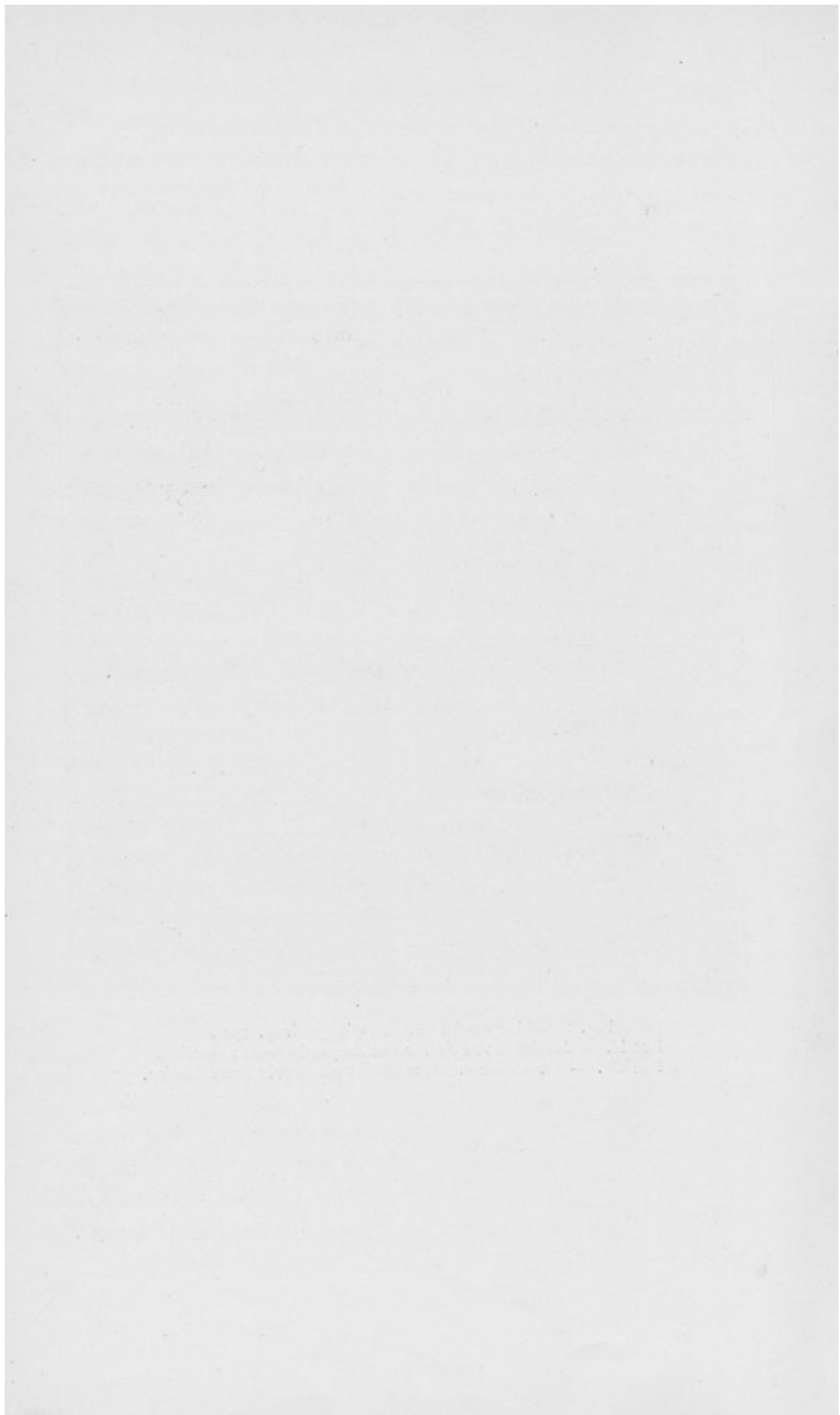


Fig. 2. — Le soldat G... N° 4 (Voir p. 273).
 I et II. — Modèles vus de face et de profil *avant réduction*.
 III et IV. — Le même sujet, modèles pris *après consolidation*.



ments de mâchoire fracturés. Mais, si l'on veut, dans ces cas, procéder comme dans les cas précédents à la réduction typique sur le modèle on se heurte à des difficultés insurmontables par suite de l'impossibilité de retrouver les points de repère qui permettront de coapter les parties sectionnées du modèle en position favorable pour la confection de l'attelle qui permettra l'immobilisation de la fracture. C'est ainsi que dans un de nos premiers cas, le soldat G... **Nº 4**, dont vous voyez ici les moussages (I, II, Fig. 2) et qui présentait une triple fracture, nous avons confectionné successivement quatre gouttières en différentes positions de réduction sans parvenir, même avec anesthésie générale, à en placer une seule alors que les modèles semblaient être en position parfaite.

Nous avons alors imaginé un procédé qui nous a donné les meilleurs résultats et que nous employons depuis couramment non seulement dans nos réductions extemporanées atypiques mais aussi pour obtenir les rapports des deux mâchoires après réduction lente lorsque les déplacements ou l'absence de certaines dents ne nous permettent pas, comme dans les cas dont nous vous entretenons, de rétablir intégralement l'engrenement primitif des dents.

Ce procédé que nous appelons *procédé de la ficelle* est pratiqué ainsi. Après prise d'empreintes supérieure et inférieure, le modèle inférieur est sectionné au niveau des traits de fracture, une cire d'articulation recouvrant la face triturante des dents est faite sur le modèle supérieur puis placée dans la bouche. On passe autour d'une ou plusieurs dents de chacun des fragments de la mâchoire inférieure une petite ficelle fine et résistante et l'on se place alors directement devant le malade en tirant sur chacun des fils dans le sens approprié pour ramener les fragments en position convenable. A ce moment, maintenant fortement ces fragments avec les fils, on ordonne au malade de serrer les mâchoires sur la cire d'articulation supérieure pendant qu'un aide assure au besoin, par des pressions de bas en haut l'enfoncement des fragments dans la cire préalablement ramollie.

La cire est refroidie par un jet de chlorure d'éthyle, la bouche ouverte avec précaution pour ne pas altérer l'empreinte des faces d'articulation de la cire qui est placée sur son modèle et il ne reste plus qu'à fixer sur celle-ci, chacun des fragments du modèle inférieur comme on le ferait pour l'articulation d'un modèle d'appareil prothétique ordinaire. On réunit les deux modèles, supérieur et inférieur, par un articulateur et on a ainsi la mâchoire réduite en position convenable. Il ne reste plus qu'à confectionner sur ce modèle une gouttière comme dans le cas de réduction typique.

C'est ce procédé qui nous a permis, comme nous vous le disions, d'obtenir chez le soldat *G...* l'excellent résultat que vous constatez (modèles III, IV Fig. 2) malgré une fracture triple avec un trait très fortement oblique à gauche, une perte de substance à droite, lésions qui avaient déterminé une forte déviation des fragments que vous pouvez constater sur les modèles primitifs (I, II Fig. 2) et qui était compliquée par l'absence et la déviation de nombreuses dents.

Dans d'autres cas, avec le même procédé de repérage des fragments nous employons d'autres moyens que la ficelle, le principe restant le même. C'est ainsi que chez le dragon *J...* **Nº 116**, nous avions une fracture de la portion antérieure de la mâchoire inférieure avec perte de substance entre les deux canines sans déplacement dans le sens vertical mais avec resserrement transversal et légère déviation oblique de haut en bas et de dehors en dedans des deux fragments dû à la formation d'un tissu fibreux abondant et résistant¹. Il s'agissait d'une fracture ancienne et les tentatives de réduction typique avaient échoué alors que la réduction à obtenir paraissait assez faible. Nous avons dans ce cas placé entre les deux canines un bouchon formant coin et enfoncé jusqu'à ce que l'on ait obtenu la réduction convenable puis l'articulation a été prise en bouche comme nous l'avons décrit ci-dessus et vous voyez le résultat très satisfaisant obtenu par la pose d'une attelle simple.

(*A suivre.*)

1. Le soldat **J...** **Nº 116** a été soigné au Comité par M. Tcherniakoff.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

LES SERVICES DENTAIRES DE L'ARMÉE ET LES CHIRURGIENS-DENTISTES

Nous sommes heureux d'annoncer à nos lecteurs que les efforts que nous faisons depuis de longues années et plus particulièrement encore depuis le début de la guerre pour assurer aux chirurgiens-dentistes une situation régulière dans l'armée sont sur le point d'aboutir.

Nos lecteurs verront, en effet, par l'extrait suivant du Journal officiel du 13 janvier 1916 — que le retard de L'Odontologie nous permet de publier dans ce numéro — qu'un projet de loi va être déposé prochainement à la Chambre des députés par le Gouvernement pour régler cette situation.

Réponse du Ministre de la Guerre à une question écrite.

Question.

5199. — M. Raffin-Dugens, député, demande à M. le Ministre de la Guerre quelles mesures il compte prendre pour donner aux chirurgiens-dentistes qui, à l'heure actuelle, rendent les plus grands services aux nombreux soldats atteints de blessures soit aux mâchoires, soit aux cavités buccales, une situation en rapport avec leurs services (*Question du 15 octobre 1915*).

Réponse.

La question posée par l'honorable député fait actuellement l'objet d'une étude. Les solutions suivantes ont été envisagées :

1° Incorporation dans les sections d'infirmiers de tous les dentistes diplômés et, selon les nécessités, d'un certain nombre de mécaniciens-dentistes ;

2° Crédit d'un corps de 1.000 dentistes militaires, avec assimilation au grade d'adjudant et insigne spécial de la fonction ;

3^o Utilisation de ce personnel en trois échelons :

- a) Service régimentaire et formation sanitaire de l'avant ;
- b) Formations sanitaires de la zone des étapes ;
- c) Formations sanitaires du territoire,

la moitié des cadres étant affectée aux armées, et la moitié à l'intérieur.

Ces propositions doivent être soumises au Parlement. Un projet de loi en ce sens va être déposé incessamment.

(*Journal officiel du 13 janvier 1916, page 374.*)

LES SERVICES DENTAIRES AUX ARMÉES

Comme celle des médecins, des pharmaciens et des vétérinaires, la profession des chirurgiens-dentistes est hiérarchisée dans plusieurs armées étrangères, notamment dans l'armée britannique, dans l'armée des Etats-Unis d'Amérique, dans l'armée allemande.

Chez nous, jusqu'au 15 octobre 1914, on semblait ignorer l'utilité des services dentaires ; on peut même dire que l'on niait cette utilité, puisqu'au moment de la discussion de la loi de trois ans, en mai 1913, on émit cette opinion qu' « en cas de guerre le dentiste ne serait que gêne et embarras ».

La guerre est venue démontrer le contraire.

L'École dentaire de Paris, l'Association générale syndicale des dentistes de France et la Fédération dentaire nationale ont rendu de tels services que les pouvoirs publics se sont émus et sont entrés dans la voie de la création et de l'organisation des services dentaires dans l'armée.

Le 15 octobre 1914, une décision ministérielle, bien timide encore, autorisa le versement éventuel des chirurgiens-dentistes dans les sections d'infirmiers militaires, sur leur demande. Le 10 novembre suivant, la direction du service de santé créa des centres de stomatologie, de prothèse maxillo-faciale et de restauration de la face, à Paris, à Lyon et à Bordeaux. Et le 21 décembre, le ministre affecta un dentiste prothésiste à chaque hôpital d'évacuation. Du moins, la circulaire ministérielle le décidait.

Fortes de ces premiers encouragements, les organisations dentaires mirent leurs services à la disposition du service de santé. L'école dentaire de Paris créa dans son dispensaire un service spécial pour les militaires, stationnés ou en traitement dans la zone du camp retranché de Paris, inaptes à faire campagne pour insuffisance dentaire. Et on en compte près de soixante mille dans les dépôts. Le 11 juin, elle organisait, au lycée Micheléth, à Vanves,

une ambulance de deux cents lits pour les mutilés de la face, des maxillaires et des dents.

De son côté, M. le sénateur Paul Strauss se fit le porte-parole et le défenseur des organisations dentaires et de leurs revendications au sein des commissions parlementaires et dans le cabinet du ministre de la Guerre et du sous-scréttaire d'Etat du service de santé. Le 10 mars, notamment, M. Strauss présentait à la commission supérieure consultative du service de santé un rapport relatif à l'organisation des services dentaires militaires, dans lequel il proposait la création d'une ambulance automobile dentaire militaire ; cette ambulance fut inaugurée le 31 juillet par le sous-scréttaire d'Etat¹.

L'activité déployée par les groupements fédéraux et par M. Paul Strauss attira la bienveillante attention de M. Justin Godart. Des réceptions, des échanges de lettres et de rapports eurent lieu, tant et si bien que les chirurgiens-dentistes sont à la veille du succès. Leur cause est gagnée. Le Parlement aura à se prononcer d'ici peu ; sa décision n'est pas douteuse, puisque la réforme est demandée par le sous-scréttaire d'Etat lui-même.

Et alors que timidement, dans les limites restreintes qui leur étaient concédées, les chirurgiens-dentistes mettaient leur art au service des mutilés de la face et de ceux qui souffrent d'une insuffisance dentaire, désormais, ils auront les coudées franches ; ils seront officiellement reconnus, leurs droits seront étendus.

Il suffit d'avoir vécu quelques jours sur le front pour comprendre la grande utilité de la création d'un service dentaire aux armées. En dehors des blessures de la région faciale, combien sont fréquents les maux de dents ! Les conditions atmosphériques et hygiéniques que subissent nos poilus occasionnent des crises névralgiques presque continues à ceux qui ne sont point doués d'un bon organe dentaire ; et chacun sait que le pourcentage de ceux qui ont une mauvaise dentition est très fort. On s'en rendra plus facilement compte encore par un exemple. Une des ambulances du corps colonial possédait parmi ses majors un chirurgien-dentiste professionnel. Celui-ci, avec l'assentiment du général Gouraud, ouvrit un cabinet dentaire à quelque distance de la ligne des tranchées défendues par le corps colonial. Son carnet de visites serait très édifiant à consulter par tous ceux qui sont plus ou moins convaincus de la nécessité de la création d'un service dentaire aux armées.

Quelle reconnaissance nos coloniaux n'ont-ils point pour ce major-dentiste ! Que les parlementaires qui seraient tentés de voter contre le projet, fassent une petite enquête sur ce fait déterminé

1. V. *Odontologie* du 30 août 1915.

et ils seront les premiers à réclamer l'établissement de ce service dans toutes les formations militaires du front et de l'intérieur.

(*Le Petit Parisien*, 2 décembre 1915).

CHIRURGIENS-DENTISTES MILITAIRES AUX ÉTATS-UNIS

Un examen pour 2 postes de chirurgien-dentiste de la marine des Etats-Unis a eu lieu à Washington le 29 novembre dernier. Les demandes des candidats devaient être adressées au chef du bureau de la navigation.

* *

Un examen pour le poste de chirurgien-dentiste de l'armée de terre des Etats-Unis a eu lieu le 18 octobre 1915 dans cinq centres militaires. Les demandes devaient être adressées au chirurgien général de l'armée.

Les candidats devaient être : 1^o citoyens américains ; 2^o âgés de 21 à 27 ans ; 3^o diplômés d'une école dentaire légalement autorisée à conférer le degré de D. D. S. ; 4^o de bonnes vie et mœurs.

La durée du contrat est de 3 ans à raison de 150 dollars par mois, avec indemnité de transport pour se rendre à leur poste et le quitter à l'expiration des 3 ans. Ils peuvent également faire certains achats aux magasins de la Guerre. Au bout de 3 ans de service, s'ils sont jugés aptes, ils sont nommés chirurgiens-dentistes avec le grade de lieutenant en premier ; ils reçoivent la solde et les indemnités afférentes à ce grade.

Avis.

Nous invitons tous nos confrères à faire appel à toutes les influences dont ils disposent pour faire aboutir nos justes revendications.

L'AIDE CONFRATERNELLE aux dentistes français et belges victimes de la guerre.

Siège social : 109, boulevard Malesherbes, Paris.

Nous sommes heureux d'annoncer à nos lecteurs que la belle œuvre d'assistance confraternelle que dirige notre confrère M. G. Viau rencontre un excellent accueil non seulement en France, mais à l'étranger, d'où nous parviennent d'appréciables souscriptions.

Le secrétaire général de *l'Aide confraternelle* nous fait part de la publication d'une brochure de propagande contenant tous les renseignements concernant l'œuvre, brochure que nous nous empressons de faire parvenir à nos lecteurs dès qu'elle aura paru.

NOUVELLES

F. D. N.

Les bureaux de la F. D. N. et de l'Ecole dentaire de Paris, continuant leurs démarches pour améliorer la situation militaire des chirurgiens-dentistes, ont eu audience du sous-secrétaire d'Etat du Service de santé le samedi 4 décembre, à 11 heures du matin.

M. Blatter et M. G. Villain, délégués de ces Bureaux, ont été reçus par M. Justin Godart, qui leur a déclaré s'occuper toujours des services dentaires dans l'armée et avoir déjà donné des instructions pour que les chirurgiens-dentistes soient utilisés dans leur spécialité.

En terminant, le sous-secrétaire d'Etat a exprimé sa reconnaissance pour les services rendus à l'armée par la profession dentaire.

A. F. A. S.

Les délégués de la 14^e section (Odontologie) pour 1916 sont, d'après les votes de l'Assemblée générale du 27 octobre 1915, MM. Francis Jean, Maurice Roy et Blatter, professeurs à l'Ecole dentaire de Paris.

Le président de la section pour le prochain Congrès est M. le Dr Vichot, professeur à l'Ecole dentaire de Lyon.

M. Godon est délégué de l'A. F. A. S. jusqu'en 1918.

Visite à l'Ecole dentaire de Paris.

Des confrères anglais attachés aux hôpitaux militaires d'Angleterre sont venus visiter le *Comité de secours aux blessés des maxillaires et de la face*, ainsi que le service de prothèse de l'hôpital Michelet, et ont félicité le personnel de l'Ecole dentaire de Paris de l'œuvre considérable qu'il accomplit dans ces services.

Mariages.

Nous sommes heureux d'apprendre le mariage de notre distingué confrère M. Florestan Aguilar, de Madrid, secrétaire général de la F. D. I., avec M^{me} Maria Iruretagoyena, qui a été célébré le 19 décembre 1915.

On annonce le mariage de notre confrère M. Alphonse Fonseque avec M^{me} Marguerite Coulon, qui a été célébré à Paris le 11 décembre 1915 dans la plus stricte intimité.

Nous adressons à nos confrères nos vives félicitations et nos vœux de bonheur.

A l'ordre de la division.

Le soldat de 2^e cl. Platschick Richard de la 6^e section d'infirmiers militaires, matricule 4584, *extrêmement brave*. Le 20 septembre 1915, sous un bombardement intense de l'ambulance, a fait preuve du plus grand dévouement pour transporter les blessés couchés et les mettre en lieu sûr.

Le médecin sous-inspecteur, Signé : COLLIN.

Section du Service de santé, n° 6.096/5 ordre n° 20.

6^e armée, 32^e corps d'armée, 41^e div. d'inf., ambulance 1/6.
Nos très sincères félicitations à M. Platschick.

A l'ordre du régiment.

Nous apprenons que notre confrère M. Frinault, brancardier à la 2^e division coloniale, vient d'être cité à l'ordre du régiment et de recevoir la Croix de Guerre pour sa belle conduite lors de l'offensive de Champagne les 25 et 26 septembre dernier.

Nous lui adressons nos vives félicitations.

M. Moolen, matricule 32.774, soldat au 2^e régiment de marche du 1^{er} étranger.

Engagé volontaire pour la durée de la guerre, excellent soldat, très grièvement blessé au cours de l'attaque du 28 septembre 1915.

Médaille militaire et Croix de Guerre avec palme.

Nos félicitations chaleureuses à M. Moolen.

INDEX ALPHABÉTIQUE DES MATIÈRES

Pour décembre 1914 et l'année 1915.

A

A. F. A. S., p. 22, 280.
Académie de médecine (A l'), p. 119.
Aide confraternelle aux dentistes français et belges victimes de la guerre (L'), p. 179, 229.
Allocution de M. Jeay, p. 160.
Ambulance automobile dentaire militaire (La première), p. 177.
Anesthésie de la mâchoire inférieure, p. 83.
Anesthésiques sur le sang (Action des), p. 82.
A nos lecteurs, p. 97.
Anomalies dentaires par défaut (A propos des causes probables des), p. 52.
Appareils nécessitant la prise d'une empreinte et confectionnés sur un moulage corrigé, p. 5.
— prothétiques aux inaptes (Fourniture d'), p. 203.
— — — édentés (Fourniture d'), p. 205.
Art dentaire, p. 90.
Articulateurs dits anatomiques ou physiologiques (L'asymétrie du maxillaire inférieur. Les conséquences qui en découlent pour la théorie du triangle équilatéral de Bonwill et les), p. 134, 169, 217, 244.
Asymétrie du maxillaire inférieur, les conséquences qui en découlent pour la théorie du triangle équilatéral de Bonwill et les articulateurs dits anatomiques ou physiologiques (l'), p. 134, 169, 217, 244.
Audience du sous-secrétaire d'Etat du service de santé, p. 199.
Avis, p. 261, 279.

B

Bague fendue pour un bridge (Application d'une), p. 53.
Bing, p. 236.
Boissier (Raymond), p. 237.
Booth Pearsall, p. 46.
Bridge (Application d'une bague fendue pour un), p. 53.
— avec face Goslee, p. 65.

— amovible (Le), p. 103.
Buron (Eugène), p. 165.

C

Caron (Alexandre), p. 94.
Cercle odontologique de France, p. 47, 92.
Chaboseau (Robert), p. 44.
Chirurgien-dentiste de l'arrière (Impressions professionnelles d'un), p. 212.
— — (Diplôme de), p. 262.
Chirurgiens-dentistes et les expertises (Les), p. 21.
— — (Le service militaire et les), p. 111.
— — dans les sections d'infirmiers (Incorporation des), p. 113).
— — (Examens de), p. 90.
— — dans l'armée allemande, p. 114.
— — (Les services dentaires de l'armée et les), p. 193, 226, 258, 276.
— — militaires aux Etats-Unis, p. 279.
Clinique dentaire pour les enfants (A propos de la), p. 82.
— — scolaire transportable, p. 95.
Cocaïne (Contribution à l'étude de quelques nouveaux succédanés de la), p. 145.
Comité de secours aux blessés des maxillaires et de la face (V. Table méthodique).
— national français d'hygiène dentaire (V. Table méthodique).
Commission consultative supérieure du service de santé, p. 227.
Concert pour les blessés (Un), p. 181.
Congrès du Havre (V. Table méthodique).
— dentaire international (6*), (V. Table méthodique).
— du Panama-Pacific, p. 39, 23, 70, 96, 216.
— international d'hygiène bucco-dentaire, p. 38.
— des dentistes allemands (34*), p. 95.
Correspondance, p. 151 (V. aussi Table méthodique).
Corps expéditionnaire des Dardanelles, p. 190.
Côté et d'autre (De), p. 92.

D

Décoration, p. 239.
 Delionnet (Edmond), p. 189.
Dentiste (Un fort), p. 48.
 — on découvre une escroquerie à l'accident du travail (A propos d'un vol chez un), p. 48.
 — soigné par le patron ou par un aide, c'est le même prix (Chez le), p. 87.
 — (La divette et son), p. 87.
 — (Le contrat de l'associé), p. 87.
 — (Louis Veuillot et le), p. 89.
 — (Chez le), p. 95.
 — sur le front (Utilité du), p. 64.
Dentisterie scolaire, p. 63.
 — dans l'armée et la marine (Le), p. 19.
Dentistes (Les femmes), p. 92.
 — allemands (34^e Congrès des), p. 95.
 — français et belges victimes de la guerre (L'aide confraternelle aux), p. 170.
 — (A l'armée pensons un peu plus aux), p. 214.
 — (L'affection des), p. 229.
 — français et belges victimes de la guerre (L'aide confraternelle aux), p. 229.
 — militaires dans l'armée britannique, p. 239.
 — (Le Service de santé. Au sujet des), p. 259.
Dentition temporaire (Etude sur le canal et sur l'artère de la), p. 42.
Dents (Obsession d'un aliéné de s'arracher les), p. 63.
 — temporaires (L'obturation à la gutta dans les), p. 66.
 — (Le clou de cercueil et le mal aux), p. 91.
 — (Mort en avalant ses), p. 46.
 — (Tube porte-digue pour le traitement et assèchement des racines des), p. 151.
 — des morts (Les), p. 240.
 — de nos soldats, p. 261.
Dernière heure (V. Table méthodique).
Devoir des neutres et le torpillage du *Lusitania* (Le), p. 142.
Diplôme de chirurgien-dentiste, p. 262.
Discours de M. Blatter, p. 93.
Dispensaire dentaire libre de Londres, p. 72.
 — militaire de l'Ecole dentaire de Paris, p. 112, 139.
 — militaire (Visite du Comité de secours et du), p. 162.
Doctorat en médecine dentaire (Le), p. 92.
Dubois (René), p. 22.
Dufraisse (Alexandre), p. 189.

E

Empreintes dentaires (Les compagnies d'assurances et les), p. 86.
Enfin, p. 120.
Enfumage iodé dans le traitement du 4^e degré et de ses complications (De l'), p. 68.
Enseignement supérieur devant le Sénat (L'), p. 41.
Etudiants en chirurgie dentaire sous les drapeaux, p. 18.
Examen de validation de stage, p. 93, 90.
 — — fin d'année de scolarité, p. 93, 90.
 — de chirurgiens-dentistes, p. 90.
Erny (J.), p. 142.
Errata, p. 119.
Erratum, p. 113, 186, 238, 261.
Exemple à suivre, p. 47.
Exemples à suivre, p. 114.
Exposition de Lyon, p. 92.
 — du Panama-Pacific, p. 70.
Extraction sous la mitraille (Une), p. 70.

F

Fédération dentaire internationale (V. Table méthodique).
 — dentaire nationale, p. 119, 280.
Fiançailles, p. 240.
Fracture des maxillaires supérieur et inférieur, p. 111, 125.
 — du maxillaire supérieur, p. 15.
Fractures du maxillaire inférieur (Traitement des), p. 27, 55, 74.
 — — — causées par les armes à feu et leur traitement, p. 80.
 — des mâchoires en chirurgie de guerre (Quelques procédés de traitement des), p. 265.
François Ducourneau, p. 114.
 — Billet, p. 114.

G

Godin, p. 237.
Goubet (René), p. 22.
Grimaud (Georges), p. 69.
Groupement fédéral des syndicats dentaires de France, p. 260.

H

Hess (Amédée), p. 236.
Hôpital militaire de X..., p. 20.
Hygiène (V. Table méthodique).

I

Impressions d'un passant, p. 89.
Inauguration de l'Institut Evans, p. 120.
 — du Dispensaire dentaire Forsyth, p. 24.

Inlay indirect (Système de l'), p. 66.
Inlays d'or (Brunissage des), p. 65.
Institut dentaire Evans à l'Université de Pensylvanie, p. 95.

J

Jules Noël, p. 114.
Justin Godart à l'Ecole dentaire de Paris (M.), p. 200.

K

Kyste dentaire intra-sinusien, p. 81.
— parodontaire et résection apicale, p. 135, 97.

L

Ledoux (Pierre), p. 21.
Lefrançois (Raymond), p. 189.
Légion d'honneur, p. 119, 165, 190.
Legrand (Léonce), p. 21.
Lehrbuch der Grenzgebiete für Medizin und Zahnheilkunde für Studierende, Zahnärzte und Aerzte, p. 44.
Lélion (Dr), p. 216.
Livre d'actualité (Un), p. 120.
— reçu, p. 179.
Livres reçus, p. 43, 45, 72, 142.
Loi Dalbiez et son application (La), p. 207.

M

Mâchoires en chirurgie de guerre (Quelques procédés de traitement des), p. 265.
Manifestation de sympathie, p. 47.
Mariage, p. 22, 47, 93, 119, 262, 280.
Maxillaire inférieur (Appareil pour hémirésection du), p. 19.
— — (Traitement des fractures du), p. 27, 55.
— — causées par les armes à feu et leur traitement, p. 80.
— — (L'asymétrie du), p. 134, 169, 217, 244.
— — supérieur (Fracture du), p. 152.
— — inférieur, les conséquences qui en découlent pour la théorie du triangle équilatéral de Bonwill et les articulateurs dits anatomiques ou physiologiques (L'asymétrie du), p. 134, 169, 217, 244.
Maxillaires supérieur et inférieur (Fractures des), p. 111, 125.
Morphogenie der Primatzähne (Die), p. 44.
— — avec démonstrations (Sur une méthode directrice rationnelle des fractures du), p. 241.
Mort en avalant ses dents, p. 46.
Morts au champ d'honneur, p. 69, 119, 143, 165, 216.
— chez le dentiste, p. 83.

N

Nez artificiel construit d'après le procédé Henning, p. 28, 40.
Nomination, p. 238.

O

Obturation à la gutta dans les dents, temporaires, p. 66.
— des dents avec des substances combinées (L'), p. 84.
Oclusion normale (Importance de (L') p. 64.
— (Plan de Camper et de ses rapports avec le plan d'), p. 5, 6.
Ordre du jour, p. 102.
— de l'armée (A l'), p. 115, 143.
— de la division (A l'), p. 44, 126, 199, 281.
— du régiment (A l'), p. 44, 144, 238, 281.
— corps d'armée (A l'), p. 263.

P

Perforation vélo-platine (Appareil pour), p. 158.
Pièce à main (De l'aspesie de la), p. 73.
Plan de Camper et de ses rapports avec le plan d'occlusion (Du), p. 5, 6.
Poèmes de guerre, p. 179.
Prothèse dentaire dans la chirurgie de guerre (La), p. 108.
— maxillo-faciale et de restauration de la face (Organisation de services spéciaux de stomatologie de), p. 39.
— provisoire à donner aux malades et blessés des armées (Soins dentaires et de), p. 40.
— — (Un nouveau centre de stomatologie et de), p. 178.
Publications reçues, p. 240.
Pulpe (Nouvelle méthode pour dévitaliser une), p. 66.
Pyorrhée alvéolaire (Quelques faits histologiques touchant la), p. 27.

Q

Question écrite, p. 228.
— — Réponse du ministre de la Guerre à une), p. 41, 54, 112, 178, 208.

R

Raffanti (Eugène), p. 189.
Réclame (Une), p. 264.
Récompenses, p. 210.
Remèdes d'autrefois, p. 91.
Renseignements sur les sociétaires, confrères et élèves mobilisés, p. 116, 23, 43, 71, 186, 191, 264.
Réponse du ministre de la Guerre à

une question écrite, p. 41, 54, 114, 178, 208.
Ronnet (Alfred), p. 72, 92.

S

Salud por la instrucción (La), p. 142.
Service militaire dans l'armée roumaine (Le), p. 115.
— dentaire régimentaire du front, p. 228.
— au camp de prisonniers de Minden, p. 263.
Service militaire et les chirurgiens-dentistes (Le), p. 111, 29, 49, 261.
— de santé (Commission supérieure consultative du), p. 53, 227.
— dentaire aux armées (Remarques sur le), p. 61.
Services dentaires militaires (Commission des), p. 41.
— — — (Proposition de M. P. Strauss à la Commission supérieure consultative du Service de santé, relative à l'organisation des), p. 49.
— — de l'armée et les chirurgiens-dentistes (Les), p. 193, 226, 258, 276.
— — aux armées (Les), p. 277.
— — — à la Chambre des députés (Le), p. 217.
— — — dans la presse (Le), p. 208.
— — — (Le), p. 211.
— de santé au sujet des dentistes, p. 259.
Société dentaire américaine d'Europe, p. 80, 86.
— d'orthodontie d'Europe, p. 87.
Société d'Odontologie de Paris (V. Table méthodique).
Soins dentaires et de prothèse provisoire à donner aux malades et blessés des armées, p. 40.
— — aux militaires anglais, p. 114.

Souscription du Comité de secours aux blessés des maxillaires et de la face, p. 120.

Souillard (Jean), p. 94.

Stomatite mercurielle (note sur un cas de), p. 157.

Stomatologie de prothèse maxillo-faciale et de restauration de la face (Organisation de services spéciaux de), p. 39.

— — — — (Un nouveau centre), p. 178.

Système dentaire (La fonction génitale et le), p. 67.

— — par l'âge, l'usure, les habitudes et de leurs complications au point de vue prothétique (Des modifications apportées au), p. 73.

T

Thérapeutique dentaire spéciale (Manuel de), p. 43.

Tomasini (Marcel), p. 21.

Tube porte-digue pour le traitement et l'assèchement des racines des dents, p. 151.

V

Vasseur (Léon), p. 216.

Victimes de la guerre (Pour les), p. 25.

Visite ministérielle, p. 111.

— du Comité de secours et du Dispensaire militaire, p. 162.

— du sous-secrétaire d'Etat du service de santé à l'hôpital du Lycée Michelet, p. 198.

— de journalistes étrangers à l'Ecole dentaire de Paris, p. 202.

Visites à l'Ecole dentaire de Paris, p. 203, 280.

— de M. le sénateur Strauss à l'Ecole dentaire de Paris, p. 257.

TABLE MÉTHODIQUE DES MATIÈRES

A. F. A. S.

A. F. A. S., p. 22.

BIBLIOGRAPHIE

DEVOIR des neutres et le torpillage du « Lusitania » (Le), p. 142.
DIC Morphogenie der Primatzähne, p. 44.
ETUDE sur le canal et sur l'artère de la dentition temporaire, p. 42.
LEHRBUCH der grenzgebiete der Medizin und Zahnheilkunde für Studierende. Zahnärzte und Aerzte, p. 44.

LIVRES reçus, p. 43, 45, 72, 142, 188
MANUEL de thérapeutique dentaire spécial, p. 41.

POÈMES de guerre, p. 188.

SALUD por la instrucción (La), p. 142.

BULLETIN

POUR les victimes de la guerre, p. 25.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

AIDE confraternelle aux dentistes français et belges, victimes de la guerre (L'), p. 179, 229.

A L'ARMÉE, pensons un peu plus aux dents,.. et aux dentistes, p. 214.
AVIS, p. 263, 279.
CHIRURGIENS-dentistes militaires aux Etats-Unis, p. 279.
COMMISSION consultative supérieure du service de santé, p. 227.
COMPAGNIES d'assurances et les empreintes dentaires (Les), p. 86.
DENTS de nos soldats (Les), p. 261.
ERRATUM, p. 261.
GROUPEMENT fédéral des syndicats dentaires de France, p. 260.
IMPRESSIONS professionnelles d'un chirurgien-dentiste de l'arrière, p. 212.
AFFECTION des dentistes (L'), p. 229.
QUESTION écrite, p. 228.
REMARQUES sur le service dentaire aux armées, p. 63.
SERVICE dentaire aux armées (Le), p. 211.
— — régimentaire du front, p. 228.
— de santé. Au sujet des chirurgiens-dentistes (Le), p. 259.
— militaire et les chirurgiens-dentistes (Le), p. 261.
SERVICES dentaires de l'armée et les chirurgiens-dentistes (Les), p. 226, 238, 276.
— aux armées (Les), p. 277.
UTILITÉ du dentiste sur le front, p. 64.
VISITE de M. le sénateur Strauss à l'Ecole dentaire de Paris, p. 257.

COMITÉ DE SECOURS AUX BLESSÉS DES MAXILLAIRES DE LA FACE.

APPEL aux souscripteurs, p. 105.
CONCERT pour les blessés (Un), p. 185.
CONSTITUTION du Comité, p. 103.
CIRCULAIRE du Comité, p. 103.
— — Directeur du service de santé du Gouvernement militaire de Paris, p. 102.
DONS en nature, p. 183.
ERRATUM, p. 113, 186.
LISTE de souscription (1^{re}), p. 67.
— — (2^{re}), p. 164.
RÈGLEMENT intérieur, p. 16.
RÉSULTATS du fonctionnement, p. 139.
SOUSCRIPTION, p. 120.
VISITES ministérielles, p. 111.

COMITÉ NATIONAL FRANÇAIS D'HYGIÈNE DENTAIRE.

COMITÉ national français d'hygiène dentaire, p. 116.

CORRESPONDANCE

LETTRE à M. Quincerot, p. 187.

DERNIÈRE HEURE

ENEIN !, p. 120.
LIVRE d'actualité (Un), p. 120.

ÉCOLE DENTAIRE DE PARIS

DIVERS, p. 264.
DISPENSNAIRE militaire de l'Ecole dentaire de Paris, p. 112, 140.

FÉDÉRATION DENTAIRE INTERNATIONALE

CIRCULAIRE, p. 80.
PROGRAMME de la session, p. 81.
SESSION de Londres, p. 85.

FÉDÉRATION DENTAIRE NATIONALE

BUREAU, p. 338.

HYGIÈNE

A PROPOS de la clinique dentaire pour les enfants, p. 84.

INTÉRÉTS PROFESSIONNELS

AUDIENCE du Sous-secrétaire d'Etat du service de santé, p. 199.
CHIRURGIENS-dentistes dans l'armée (Les), p. 210.
CHIRURGIENS-dentistes dans l'armée allemande, p. 114.
COMMISSION des services dentaires militaires, p. 41.
COMMISSION supérieure consultative du service de santé, p. 53.
DENTISTE au front (Le), p. 210.
DENTISTERIE dans l'armée et la marine (La), p. 19.
ENSEIGNEMENT supérieur devant le Sénat (L'), p. 41.
ÉTUDIANTS en chirurgie dentaire sous les drapeaux, p. 18.
EXEMPLES à suivre, p. 114.
FOURNITURE d'appareils prothétiques aux inaptes, p. 203.
— — — — édentés, p. 205.
HÔPITAL militaire de X., p. 20.
LETTRE du ministre de la Guerre relative à l'incorporation des chirurgiens-dentistes dans les sections d'infirmiers, p. 113.
Loi Dalbiez et son application (La), p. 207.

M. JUSTIN GODART à l'Ecole dentaire de Paris, p. 200.
 NOUVEAU centre de stomatologie et de prothèse maxillo-faciale (Un), p. 178.
 ORGANISATION de services spéciaux de stomatologie, de prothèse maxillo-faciale et de restauration de la face, p. 39.
 POUR les dentistes, p. 209.
 PREMIÈRE ambulance automobile militaire (La), p. 177.
 PROPOSITION de M. P. Strauss à la Commission supérieure consultative du Service de santé relativement à l'organisation des services dentaires militaires, p. 49.
 RÉPONSE du ministre de la Guerre à une question écrite, p. 41, 54, 114, 178, 208.
 SERVICE militaire et les chirurgiens-dentiste (Le), p. 111, 39, 49.
 — sanitaire dans l'armée roumaine (Le), p. 115.
 — dentaire aux armées à la Chambre des députés (Le), p. 207.
 — — — dans la presse (Le), p. 208.
 SERVICES dentaires de l'armée et les chirurgiens-dentistes (Les), p. 103.
 SESSION d'examens de chirurgiens-dentistes, p. 90.
 SITUATION des auxiliaires aptes au service armé, p. 207.
 SOINS dentaires et de prothèse provisoire à donner aux malades et blessés des armées, p. 40.
 — — aux militaires anglais, p. 114.
 VISITE du Sous-Secrétaire d'Etat du Service de santé à l'hôpital du Lycée Michelet, p. 108.
 — de journalistes étrangers à l'Ecole dentaire de Paris, p. 202.
 VISITES à l'Ecole dentaire de Paris, p. 203.

JURISPRUDENCE PROFESSIONNELLE

CHEZ le dentiste, soigné par le patron ou par un aide, c'est le même prix, p. 87.
 CONTRAT de l'associé dentiste (Le), p. 87.
 DIVETTE et son dentiste (La), p. 87.

NÉCROLOGIE

BILLET (François), p. 114.
 BING, p. 286.
 BOISSIER (Raymond), p. 237.
 BOOTH Pearsall, p. 46.
 BRIENTIN (Louis), p. 216.
 BURON (Eugène), p. 165.

CARON (Alexandre), p. 94.
 CHABOSEAU (Robert), p. 44.
 DELIONNET (Edmond), p. 189.
 DIVERS, p. 119, 143, 189, 216, 237.
 DUBOIS (René), p. 22.
 DUCOURNAU (François), p. 114.
 DUFRAISSE (Alexandre), p. 189.
 ERNY (J.), p. 142.
 GODIN, p. 237.
 GOUBET (René), p. 22.
 GRIMAUD (Georges), p. 69.
 HESSE (Amédée), p. 216.
 LEDOUX (Pierre), p. 21.
 LEFRANÇOIS (Raymond), p. 189.
 LEGRAND (Léonce), p. 21.
 MORTS au champ d'honneur, p. 69, 119, 143, 165.
 NOËL (Jules), p. 114.
 RAFFANTI (Eugène), p. 189.
 RONNET (Alfred), p. 72, 92.
 SOUILARD (Jean), p. 94.
 TOMASINI (Marcel), p. 21.

NOTES PRATIQUES

BRIDGE avec face Goslee, p. 65.
 BRUNISSAGE des inlays d'or, p. 65.
 NOUVELLE méthode pour dévitaliser une pulpe, p. 66.
 OBSTRUCTION à la gutta dans les dents temporaires, p. 66.
 SYSTÈME de l'Inlay indirect, p. 66.

NOUVELLES

ACADEMIE de médecine (A l'), p. 119.
 A. F. A. S., p. 280.
 A L'ORDRE de l'armée, p. 115, 143.
 — — du régiment, p. 44, 238, 281.
 — — de la division, p. 44, 120, 190, 281.
 — — du corps d'armée, p. 263.
 A PROPOS d'un vol chez un dentiste on découvre une escroquerie à l'accident du travail, p. 48.
 CERCLE odontologique de Paris, p. 47, 94.
 CHEZ le dentiste, p. 95.
 CLINIQUE dentaire scolaire transportable, p. 95.
 CONGRÈS dentaire du Panama-Pacifique, p. 216.
 CONGRÈS des dentistes allemands (34*), p. 95.
 CORPS expéditionnaire des Dardanelles, p. 190.
 DÉCORATION, p. 239.
 DENTISTES militaires dans l'armée britannique, p. 239.
 DENTS des morts (Les), p. 240.
 DIPLOME de chirurgien-dentiste, p. 202.
 DISPENSAIRE dentaire libre de Lyon, p. 72.

DOCTORAT en médecine dentaire (Le), p. 94.
 ERRATA, p. 119.
 ERRATUM, p. 238.
 EXAMEN de validation de stage, p. 93.
 — de fin d'année de scolarité, p. 93.
 EXEMPLE à suivre, p. 47.
 EXPOSITION de Lyon, p. 94.
 — du Panama-Pacifique, p. 70.
 EXTRACTION sous la mitraille (Une), p. 70.
 F. D. N., p. 280.
 FEMMES dentistes (Les), p. 94.
 FIANÇAILLES, p. 240.
 FORT dentiste (Un), p. 47.
 INAUGURATION de l'Institut dentaire Evans, p. 95, 120.
 — du Dispensaire dentaire Fowyth, p. 24.
 LÉGION d'honneur, p. 119, 165, 190.
 MANIFESTATION de sympathie, p. 47.
 MARIAGES, p. 22, 47, 93, 119, 262, 280.
 MORT en avalant ses dents, p. 46.
 NOMINATION, p. 238.
 PUBLICATIONS reçues, p. 240.
 RÉCLAME (Une), p. 264.
 RÉCOMPENSE, p. 239.
 SERVICE dentaire au camp de prisonniers de Minden (Un), p. 263.
 RENSEIGNEMENTS sur les sociétaires, confrères et élèves mobilisés, p. 116, 23, 45, 71, 166, 191, 264.
 VISITE à l'Ecole dentaire de Paris, p. 280.

RÉUNIONS ET CONGRÈS

Congrès du Havre.

PROGRAMME général du Congrès, p. 22, 31.
 2^e LISTE de communication, p. 77.

VI^e Congrès dentaire international.

1^{re} LISTE d'adhérents, p. 34.
 2^{re} — — — p. 79.
 CONGRÈS dentaire du Panama-Pacifique, p. 23, 39, 70, 96, 115, 216.
 CONGRÈS international d'hygiène bucco-dentaire, p. 38.
 SOCIÉTÉ dentaire américaine d'Europe, p. 80, 86.
 — d'orthodontie d'Europe, p. 87.

REVUE ANALYTIQUE

ANESTHÉSIE de la mâchoire inférieure, p. 83.
 ACTION des anesthésiques sur le sang, p. 82.
 DENTISTERIE scolaire, p. 63.

FONCTION génitale et le système dentaire (La), p. 17.
 FRACTURES du maxillaire inférieur causées par les armes à feu et leur traitement, p. 80.
 IMPORTANCE de l'occlusion normale, p. 64.
 KYSTE dentaire intrasinusien, p. 81.
 MORTS chez le dentiste, p. 83.
 OBSESSION d'un aliéné de s'arracher les dents, p. 63.
 OBTURATION des dents avec des substances combinées (L'), p. 84.

REVUE DES REVUES

A PROPOS des causes probables des anomalies dentaires par défaut, p. 54.
 BRIDGE amovible (Le), p. 103.

SOCIÉTÉ D'ODONTOLOGIE DE PARIS

SÉANCE du 7 avril 1914, p. 19.
 I. Correspondance, p. 19.
 II. Appareil pour hémirésection du maxillaire inférieur, p. 19.
 III. Les chirurgiens-dentistes et les expertises, p. 21.
 IV. Quelques faits anatomo-pathologiques touchant la pyorrhée alvéolaire, p. 27.
 V. Nez artificiel construit d'après le procédé de Henning.

SÉANCE du 5 mai 1914.
 I. Plan de Camper et de ses rapports avec le plan d'occlusion (Du), p. 67.
 II. Enfumage iodé dans le traitement du 4^e degré et de ses complications, p. 68.
 III. Asepsie de la pièce à main, p. 73.

IV. Modifications apportées au système dentaire par l'âge, l'usure, les habitudes, et leurs complications au point de vue prothétique, p. 73.

SÉANCE du 9 juin 1914, p. 125.
 I. Fractures des maxillaires supérieur et inférieur, p. 125.
 II. Asymétrie du maxillaire inférieur p. 134.
 III. Kyste paradentaire et résection apicale, p. 135.

SÉANCE du 7 juillet 1914, p. 46, 151.
 I. Correspondance, p. 151.
 II. Tube porte-digue pour le traitement et assèchement des racines des dents, p. 151.
 III. Fracture du maxillaire supérieur, p. 152.

IV. Note sur un cas de stomatite mercurielle, p. 157.

V. Appareil pour perforation vélo-palatine, p. 158.

SÉANCE du 25 juin 1915, p. 160.

I. Allocution de M. Jeay, p. 160.

II. Visite du Comité de secours et du Dispensaire militaire, p. 162.

SÉANCE de démonstrations pratiques du 14 novembre 1915, p. 262.

TRAVAUX ORIGINAUX

A nos lecteurs, p. 97.

APPAREILS nécessitant la prise d'une empreinte et confectionnés sur un moulage corrigé, p. 5.

APPLICATION d'une bague fendue pour un bridge, p. 53.

ASYMÉTRIE du maxillaire inférieur. Les conséquences qui en découlent pour la théorie du triangle équilatéral de Bonwill et les articulateurs dit anatomiques ou physiologiques (L'), p. 160, 217, 244.

CONTRIBUTION à l'étude de quelques nouveaux succédanés de la cocaïne, p. 145.

FRACTURE des maxillaires supérieur et inférieur, p. 121.

KYSTE paradentaire et résection apicale, p. 97.

MÉTHODE directrice rationnelle dans le traitement des fractures du maxillaire inférieur avec démonstration, p. 241.

NEZ artificiel construit d'après le précédent de Henning, p. 49.

ORDRE du jour, p. 102.

PLAN de Camper et de ses rapports avec le plan d'occlusion (Du), p. 5.

QUELQUES procédés de traitement des fractures des mâchoires en chirurgie de guerre, p. 265.

PROTHÈSE dentaire dans la chirurgie de guerre (La), p. 126.

TRAITEMENT des fractures du maxillaire inférieur, p. 27, 55, 74.

VARIA

ART dentaire, p. 90.

Clou du cercueil et le mal aux dents (Le), p. 91.

Côté et d'autre (De), p. 92.

IMPRESSIONS d'un passant, p. 89.

Louis Veuillot et le dentiste, p. 89.

REMÈDES d'autrefois, p. 91.

NOMS D'AUTEURS¹

André, p. 158.

BLATTER, p. 93.

CAVALIÉ (Dr), p. 241.

Choquet, p. 135.

CHOQUET, p. 169, 217, 244.

d'ARGENT (J.), p. 187.

Ferrand, p. 24, 153.

Frey (Dr), p. 3, 74, 75.

Grasset, p. 68, 69, 70, 72.

Fourquet, p. 129.

GRAVIERE, p. 121, 125.

Gravière, p. 121, 126, 127, 129, 130, 132.

Jeay, p. 67, 69, 71, 72, 133, 134, 135, 151.

JEAY, p. 97, 160.

LEMERLE (Dr G.), p. 5, 27, 55, 73.

LEMIÈRE (Dr Raymond), p. 19, 67, 71, 125, 160.

MARTINIER (P.), p. 5, 27, 49, 55, 73, 106, 265.

Martinier (P.), p. 20, 24, 28, 131.

Mendel-Joseph (Dr), p. 21, 26.

MIRAN, p. 145.

Roy (Dr), p. 23, 27, 126, 127, 128, 136, 152, 157, 158.

ROY (Dr), p. 25, 106, 265.

RUPPE, p. 5.

Ruppe, p. 19, 75.

Villain (G.), p. 21, 73.

Weber, p. 73.

1. Les noms en italique indiquent les auteurs qui ont pris part aux discussions de la Société d'Odontologie.

